

**ASILOS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS: NORMAS E PRÁTICA
RELACIONADAS À QUALIDADE DE VIDA**

por

Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães

**Dissertação Apresentada à
Universidade Federal de Santa Catarina
Como Requisito Parcial à Obtenção do Título de Mestre em Educação Física**

**Florianópolis, SC, Brasil.
2000**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
MESTRADO EM ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

Dissertação: **ASILOS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS: NORMAS E PRÁTICA RELACIONADAS À QUALIDADE DE VIDA**

elaborada por Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Mestrado em Atividade Física e Saúde e homologada pelo Colegiado do mestrado, como requisito parcial à obtenção do título de

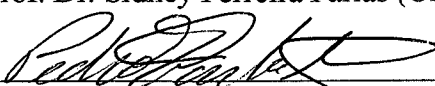
MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Florianópolis, 01 de dezembro de 2000

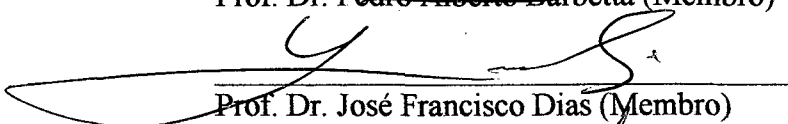
BANCA EXAMINADORA




Prof. Dr. Sidney Ferreira Farias (Orientador)



Prof. Dr. Pedro Alberto Barbetta (Membro)



Prof. Dr. José Francisco Dias (Membro)



Profa. Dra. Maria de Fátima da Silva Duarte (Membro)

“Cada um que passa em nossa vida
passa sozinho, pois cada pessoa é única
e nenhuma substitui a outra.
Cada um que passa em nossa vida
passa sozinho, mas não vai só
nem nos deixa sós,
leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo.
Há os que levam muito, mas não há
os que não levam nada.
Há os que deixam muito, mas não há
os que deixam nada.
Essa é a maior responsabilidade
Da nossa vida e é a prova evidente
que as pessoas não se encontram ao acaso”.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pois são nas horas mais difíceis que recorremos a ele.

Aos meus pais Amilton e Hilda, pelo que sou, sem eles não chegaria aqui.

Ao meu esposo Fabiano, pela compreensão nos momentos difíceis.

Aos meus irmãos André, Alexandre e Alisson, pelo enorme carinho e ajuda.

Ao meu orientador e amigo Sidney, pela dedicação e paciência durante estes 2 anos de mestrado.

Aos membros da banca examinadora, que prontamente atenderam ao meu convite.

Ao prof. Dr. Pedro Alberto Barbeta, pela boa vontade na assessoria estatística.

Aos meus colegas de mestrado, principalmente à Edna, Ana Cristina, Alexandre, Edson e Rodrigo pelo incentivo e amizade.

Aos funcionários do Centro de Desportos, principalmente ao Jairo e a Olga.

À direção e funcionários das instituições asilares pela aceitação em realizar o trabalho e pela dedicação aos idosos.

A todos, que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

ÍNDICE

	Página
LISTA DE ANEXOS.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	vii
LISTA DE QUADROS.....	viii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
Capítulo	
I.O PROBLEMA.....	01
Formulação da Situação Problema e Justificativa	
Objetivo do Estudo	
Questões a Investigar	
Delimitação	
Definição de Termos	
II. REVISÃO DA LITERATURA.....	07
Expectativa de Vida	
Instituições Asilares	
Atividade Física	
Qualidade de Vida	
III.METODOLOGIA.....	28
Modelo de Estudo	
População e Amostra	
Instrumentos de Medida	
Coleta de Dados	
Estudo Piloto	
Tratamento Estatístico	
IV. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	31
V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
ANEXOS.....	71

LISTA DE ANEXOS

Anexos	Página
1. Roteiro de Entrevista para o Levantamento dos Dados Referentes às Instituições.....	73
2. Roteiro de Entrevista para Analisar o Ambiente e Funcionamento dos Asilos.....	75
3. Roteiro de Entrevista de Acordo com o documento Intitulado “Caracterização e Padrões Mínimos de Funcionamento das Instituições de Atenção ao Idoso”.....	77
4. Inventário Adaptado sobre Qualidade de Vida.....	79
5. Documento “Caracterização e Padrões Mínimos de Funcionamento das Instituições de Atenção ao Idoso”.....	82
6. Declaração de Consentimento.....	99

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Localização das Instituições Asilares.....	32
2. Aspectos Burocráticos das Instituições Asilares.....	35
3. Estrutura das Instituições Asilares da Grande Florianópolis.....	38
4. Higiene das instituições Asilares da Grande Florianópolis.....	40
5. Caracterização dos Asilos da grande Florianópolis de Acordo com a Observação	42
6. Quadrante Social.....	47
7. Quadrante Afetivo.....	48
8. Quadrante Salutar.....	49

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro	Página
1. Instituições que Abrigam Idosos na Grande Florianópolis.....	13
2. Caracterização dos Asilos da Grande Florianópolis.....	33

Tabela	Página
1. Expectativa de Vida no Brasil (OMS).....	09

RESUMO

ASILOS DA GRANDE FLORIANÓPOLIS: NORMAS E PRÁTICA RELACIONADAS À QUALIDADE DE VIDA

Autora: Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães

Orientador: Prof. Dr. Sidney Ferreira Farias

A atuação de um profissional está intimamente ligada com a realidade na qual ele vai agir. A cada dia surge uma nova instituição asilar de origem filantrópica ou particular na grande Florianópolis para atender a população idosa. Para que essa instituição legalmente exista, ela deve estar funcionando de acordo com as normas previstas pelo Estado de Santa Catarina (1999). No Fórum Permanente da Região Sul – Política Nacional do Idoso – Conselho Estadual do Idoso – SC, conforme o documento - Caracterização e Padrões Mínimos de Funcionamento das Instituições de Atenção ao Idoso. Todas as instituições existentes deveriam procurar estar de acordo com esta caracterização, que prevê, entre muitas outras coisas, a qualidade de vida nas instituições asilares. Este estudo teve como objetivo verificar o perfil dos asilos da grande Florianópolis: normas e prática relacionadas à qualidade de vida, de acordo com o documento intitulado caracterização e padrões mínimos de funcionamento das instituições de atenção ao idoso. É um estudo do tipo descritivo; a população pesquisada, abrangeu todas as instituições de idosos da grande Florianópolis de cunho filantrópico, com pagamento máximo do valor da aposentadoria de um salário mínimo vigente. Para a obtenção dos resultados foram utilizados os instrumentos: (1) roteiro de entrevista para o levantamento dos dados referentes às instituições; (2) roteiro de entrevista para analisar o ambiente e funcionamento dos asilos; (3) roteiro de entrevista de acordo com o documento intitulado caracterização e padrões mínimos de funcionamento das instituições de atenção ao idoso e (4) inventário adaptado sobre qualidade de vida. Após aplicação dos instrumentos, os dados foram tratados através da estatística descritiva, fundamentando-se com a bibliografia pesquisada. A conclusão do estudo foi que a maioria das instituições asilares apresenta dificuldade em contemplar o documento. Apenas três itens foram contemplados: a) estatutos e regulamento; b) direção técnica e c) alvará. Talvez por falta de informação sobre o documento. Foi observado que o profissional de Educação Física está ausente da lista dos profissionais obrigatórios nas instituições asilares. A prática de atividade física formal nas instituições parece não ser prioridade, pois foi verificado que a metade das instituições não possui atividade física com duração, intensidade e frequência pré-determinada. Com relação aos itens previstos no inventário adaptado sobre qualidade de vida, os idosos obtiveram sucesso no quadrante social e insucesso nos quadrantes afetivo e salutar.

ABSTRACT

NURSING HOMES IN GREATER FLORIANÓPOLIS: NORMS AND PRACTICES RELATED TO THE QUALITY OF LIFE

Author: Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães

Advisor: Prof. Dr. Sidney Ferreira Farias

The performance of any professional is intimately connected with the reality where s/he is going to act. Each day a new nursing home is established in Greater Florianópolis to take care of its elderly population. For these institutions to legally exist they must work in accordance with the norms established by the state of Santa Catarina. These norms were written by the Permanent Forum of the South Region, National Politics of the Aged and the State Council of the Aged/SC which resulted in the document "Working Features and Minimum Standards of Nursing Homes". All the existing institutions would have to be in accordance with these standards which says, among other things, they should provide a good quality of life for the elderly. According to what was mentioned above, the objective of this study is to verify the profile of these institutions in Greater Florianópolis in relation to the said document. It is a descriptive study, with a population and sample encompassing all the non-profit institutions in Greater Florianópolis, in which the elderly pay the maximum of a minimum wage of their retirement money for maintenance. In order to obtain the desired results the instruments used were: (1) interview to gather information related to the institutions; (2) interview to analyse the environment and functioning of the institutions; (3) interview based on the document mentioned above; (4) adapted inventory about the quality of life of the elderly. After these instruments were applied, the data was evaluated under descriptive statistics. The conclusions are that the majority of the institutions have difficulty in fulfilling the requirements stated in the document. Only three items were fulfilled, namely statute and regulations, technical direction and license, which can be related to the lack of information about the document in question. It was observed that the Physical Education professional is absent in the list of obligatory professionals of such institutions. The practice of formal physical activity in the institutions seems not to be a priority for it was verified that half of the institutions do not provide physical activity with pre-determined duration, intensity and frequency. In relation to the items in the inventory about quality of life, the elderly were successful in the social aspect and unsuccessful in the health and affective aspects.

CAPÍTULO I

Formulação da Situação Problema e Justificativa

A população idosa vem ao longo dos anos crescendo em todo o mundo. No Brasil, o aumento desta população, se não for bem administrado, poderá ocasionar situações constrangedoras, principalmente na saúde, em virtude da precariedade dos convênios médicos e do baixo salário de aposentadoria dos idosos. Com a saúde, vem também o problema da família, pois os parentes têm dificuldades para cuidar dos seus idosos, encaminhando-os às instituições chamadas popularmente de asilos.

Os asilos, na sua grande maioria, são instituições religiosas e filantrópicas, com a função social de abrigar os idosos com problemas de moradia, sem família e carentes de recursos econômicos para sua subsistência.

Com o crescimento da população e a dificuldade em conciliar familiares e moradia, os idosos mais rejeitados são levados para os asilos. Os asilos geralmente são um caminho sem volta, porque tanto a família como a comunidade esquecem dos seus velhos internados. Estes, por sua vez, acabam perdendo a sua identidade e cidadania. Isto ocorre em consequência das condutas e comportamentos regidos pelas normas das instituições em que estão ligados, e muitas vezes vêm a falecer por desgosto (Schmitz, 1997).

Beauvoir (1990) faz uma colocação pertinente:

É sorrateira a maneira pela qual o adulto tiraniza o velho que se acha na sua dependência. Não se atreve a lhe dar ordens abertamente, pois ele não lhe deve obediência: evita atacá-lo de frente, manobra-o. Alega estar agindo em seu interesse, evidentemente, e conta com a cumplicidade de toda a família (...) Quando falham as astúcias e a persuasão, não hesita em recorrer a mentiras ou forçá-lo a ceder de maneira drástica. Tratam, por exemplo, de convencê-lo a entrar provisoriamente para um asilo e aí o abandonam. (p.245)

É importante que haja um acordo consensual por parte da família e do idoso quanto a sua ida para o asilo. É necessário, por parte do idoso, que esta ida ao asilo lhe agrade, para que ele não vá para lá iludido que daqui a pouco irão buscá-lo. O asilo deveria ser uma residência substitutiva do lar, pois acaba se tornando permanente. Alguns asilos exigem uma idade mínima para a entrada do idoso mas não há limite de idade máxima, assim sendo, alguns idosos permanecem ali até a sua morte.

Beauvoir (1990) destaca que a condição de “local permanente”, “única solução”, dificilmente é aceita com tranquilidade pelo idoso que, depois de ter produzido, vê-se transformado em “resíduo” do grupo social. É possível verificar, então, a necessidade do asilo ser bem estruturado e lembrar um lar, para que o idoso possa sentir-se bem.

Uma das principais características das instituições asilares para o idoso talvez seja que elas apresentam aspectos próprios e determinam condutas e comportamentos pelas normas vigentes e pelas normas institucionais. Na maioria das instituições asilares, todos os aspectos da vida são realizados num mesmo ambiente e sob uma única autoridade, sendo que a rotina diária é praticamente igual para todos, ignorando diferenças individuais bem como a história de vida de cada um (Jordão Netto, 1986).

As instituições asilares possuem o compromisso de suprir as necessidades básicas dos seus idosos, conferindo uma melhor qualidade de vida, que acaba sendo esquecida nos asilos devido às situações particulares dos mesmos.

A maioria das instituições nem sempre pode oferecer determinadas atividades por falta de mão-de-obra especializada ou por questões financeiras, pois a grande parcela se mantém através de doações feitas pela sociedade; em algumas faltam atividades até mesmo pela restrição de espaço físico apropriado aos idosos, os quais podem ficar muito tempo ociosos, podendo levar à angústia e à depressão, entre outras doenças.

Os cientistas que estudam o envelhecimento advertem sobre um problema fundamental para a existência da qualidade de vida. Estima-se, na velhice, que 12 anos são consumidos num estado não saudável (comprometido por incapacidades, lesões e/ou doenças). Entre aqueles que atingem 65 anos de idade, é previsto que cinco dos 17 a 18 anos remanescentes, em média, serão não-saudáveis. Aproximadamente 85 por cento das pessoas idosas apresentam uma ou mais doenças ou problemas de saúde como a demência senil, mal de Alzheimer, artrite, hipertensão arterial, doenças cardíacas, comprometimento da audição, comprometimento ortopédico, catarata, diabetes e comprometimento visual (Nieman, 1999).

Em relação à movimentação, Benedetti (1999) afirma que é de suma importância manter os idosos das instituições asilares ativos, pois isto irá contribuir principalmente para melhorar a força do quadríceps e a amplitude de flexão de ombro, trazendo benefícios na auto-imagem e auto-estima, tornando-os mais felizes, diminuindo desta maneira o sedentarismo em que estão impostos.

Em termos burocráticos e regulamentares para se manter uma instituição funcionando esta deve atender à caracterização e padrões mínimos de funcionamento das

instituições de atenção ao idoso, segundo o Estado de Santa Catarina (1999). É desta caracterização que irá partir o presente estudo, que tem por finalidade averiguar a pertinência e existência dessas normas nos asilos da grande Florianópolis.

O plano integrado de ação governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, quanto ao atendimento asilar do Ministério da Saúde – Brasil, tem como objetivos:

Difusão de informações necessárias à preservação da saúde, prevenção e recuperação de incapacidade; orientar a pessoa idosa visando prepará-la a exercer o auto-cuidado; preparo de agentes envolvidos com atendimento às pessoas idosas, para prestarem cuidados específicos a estas; formação de grupos de auto-ajuda; capacitação de recursos humanos; estabelecimento de normas básicas de funcionamento de asilos e fiscalização sanitária. (p.22)

O estudo em questão irá observar a existência da prática de atividade física com duração, intensidade e frequência pré-determinada e não apenas a atividade física relacionada ao dia-a-dia do idoso. Também fará parte integrante do estudo a verificação da qualidade de vida do idoso albergado, por intermédio de um instrumento específico, a fim de observar a interação entre a qualidade de vida na percepção dos idosos e aquela qualidade de vida relacionada aos itens da Caracterização e Padrões Mínimos de Funcionamento das Instituições de Atenção ao Idoso (Estado de Santa Catarina, 1999).

Acredita-se na importância deste estudo, visto ser as instituições asilares um lugar – espaço de albergados idosos, a começar pelo ambiente vivencial e físico em que são construídas estas instituições.

Objetivo do Estudo

- Verificar o perfil dos asilos da grande Florianópolis: normas e prática relacionadas à qualidade de vida de acordo com o documento intitulado Caracterização e Padrões Mínimos de Funcionamento das Instituições de Atenção ao Idoso (Estado de Santa Catarina, 1999).

Objetivos Específicos

- Caracterizar os asilos da grande Florianópolis compreendendo-os de acordo com o documento intitulado Caracterização e Padrões Mínimos de Funcionamento das Instituições de Atenção ao Idoso (Estado de Santa Catarina, 1999).
- Averiguar se existe a prática de atividade física (exercício físico) nos asilos da grande Florianópolis.
- Verificar a qualidade de vida dos moradores dos asilos da grande Florianópolis.

Delimitação

Este estudo limita-se às instituições asilares da grande Florianópolis de cunho filantrópico, quais sejam, as que arrecadam no máximo um salário mínimo dos idosos. O estudo concentrou-se nessas instituições filantrópicas, pois há necessidade de uma orientação maior dos profissionais capacitados além disso, o acesso às instituições filantrópicas parece ser possível, o que pode não acontecer nas particulares.

Definição de Termos

Asilo – Instituição de assistência pública ou privada ao idoso, de caráter social, sem fins lucrativos, que abriga em regime de internato, por tempo indeterminado, pessoas com semi-dependência em diferentes áreas, sem vínculo familiar ou sem que a família tenha de prover a sua subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social (Estado de Santa Catarina, 1999).

Atividade Física – Qualquer movimento corporal produzido pelo ser humano – portanto voluntário, resultando numa ação acima dos níveis de repouso (Farias 1999, adaptado de Bouchard e Shepard, 1990).

Qualidade de vida – Pode ser considerada como um conjunto de parâmetros ambientais dos quais envolve hábitos individuais e sócio-culturais caracterizando as condições em que vive o ser humano (adaptado de Nahas, 1999).

Ambiente – O universo vivo ao redor de alguém , de alguma coisa, esfera onde vivemos (Kloetzel, 1980).

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA

Expectativa de Vida

A expectativa de vida vem sofrendo modificações ao longo dos anos. Em 1975, a população mundial, segundo a OMS, era de 350 milhões de idosos. Estima-se que em 2025 serão de 1 bilhão e 100 milhões idosos. Assim sendo, a população idosa no mundo cresce cada vez mais.

Em um curto período de tempo, a população brasileira terá conhecido duas situações opostas. Até os anos 70 o Brasil, como os demais países em desenvolvimento, teve uma forte explosão demográfica, as crianças até então já atingiram ou estão atingindo a idade adulta. Com a queda da taxa de fecundidade, menos crianças passaram a nascer, o que explica o envelhecimento da população. Fenômenos como baixa fecundidade e envelhecimento ocorrem em todas as classes sociais e em todas as regiões do país.

Segundo Carvalho, citado por Ciência Hoje (1998), o envelhecimento da população brasileira impressiona pela rapidez com que tem ocorrido. A faixa etária de 60 anos ou mais é a que mais cresce em termos proporcionais.

O envelhecimento populacional é, em parte, o resultado das conquistas tecnológicas no campo da medicina e da saúde pública. Nos últimos 50 anos, as intervenções da tecnologia médica com vacinas, antibióticos, exames laboratoriais, e medicina nuclear, entre outras, viabilizaram a prevenção e o tratamento das enfermidades infecciosas e o controle de doenças transmissíveis.

O processo de envelhecimento começa logo após o nascimento, seus efeitos são contrabalanceados pelo crescimento. Por volta dos 30 anos, os efeitos do crescimento tornam-se visíveis, chamando a atenção das pessoas (Skinner, 1991).

Segundo Kalache et al. (1997), o envelhecimento pode ser considerado como um fenômeno universal, que se apresenta regularmente tanto em países desenvolvidos como em países do chamado terceiro mundo. Um fator responsável pelo envelhecimento pode ser o decréscimo das taxas de fecundidade e de mortalidade. A conjugação do decréscimo dessas taxas leva a uma redução significativa do número de jovens ingressos em populações, que, no entanto, passam a viver períodos mais longos (tal movimento de constituição de populações cada vez mais maduras é conhecido por transição epidemiológica).

Segundo Bérquo (1996), as características que fazem parte do quadro de envelhecimento são: a feminização do envelhecimento, a mortalidade diferencial por sexo, a maior mortalidade de idosos no meio rural, a maior concentração de idosos nas áreas urbanas (cerca de 80% da população idosa vivem nas cidades), a baixa escolaridade da população idosa (40% dos homens e 48% das mulheres declaram-se analfabetos em 1991), a predominância de brancos na composição étnica dos idosos (60,8% são brancos e 38,1% são negros), o empobrecimento de domicílios de chefia idosa feminina (das chefias idosas, 66% são exercidas por homens e 44% por mulheres) e o elevado contingente de idosas viúvas em contraste com o alto percentual de idosos casados.

As mulheres idosas acabam sofrendo mais em decorrência do declínio da capacidade física e mental sem o apoio de um marido, pois o recasamento para viúvos idosos é maior do que para viúvas na terceira idade. As relações de gênero acabam marcando de forma distinta a trajetória de vida.

Para Berquó (1996), a questão do idoso no país deve merecer cada vez mais o interesse dos órgãos públicos, dos formuladores de políticas sociais e da sociedade em geral, dado o volume crescente deste segmento populacional, seu ritmo de crescimento e suas características demográficas, econômicas e sociais. Se, por um lado, a longevidade dos indivíduos decorre do sucesso de conquistas no campo social e na saúde, o envelhecimento, como um processo, representa novas demandas por serviços, benefícios e atenções que se constituem desafios para governantes e para sociedade do presente e do futuro.

De acordo com o censo do IBGE (1991), a população idosa em Santa Catarina é de 306.806 mil idosos com 60 anos ou mais, que representa 6,75% da população total. Pela contagem do IBGE (1996) esta população representa 9,0%, um aumento assustador em 5 anos.

Tabela 1 - Expectativa de Vida no Brasil (OMS)

Quinquênios	Homens	Mulheres
1970-75	58,83	63,12
1975-80	61,27	65,46
1980-85	63,61	67,81
1985-90	66,15	70,16
1990-95	68,59	72,50
1995-2000	71,03	74,85

Fonte: OMS

O envelhecimento populacional pode provocar efeitos diretos na organização econômica e social do país. Carvalho citado por Ciência Hoje (1998), enxerga o envelhecimento da população como “um período dourado em termos demográficos” (p.20).

De acordo com Moreno & Veras (1999) o processo de envelhecimento populacional tem repercussões consideráveis para a sociedade, quanto à saúde como um todo, aos aspectos relativos à qualidade de vida enfrentada pelo contingente idoso, bem como as novas políticas sócio-governamentais que necessitam ser implantadas em função dessa transformação.

Isso pode levar a problemas nos sistemas de saúde pública e privada. Por exemplo, o fechamento da Casa de Saúde Santa Genoveva, no Rio de Janeiro, em 1995, após denúncias de maus tratos aos idosos. A maioria desses problemas acontece devido a falta de mão-de-obra especializada e fiscalização por parte dos órgãos competentes.

Conforme pesquisa realizada por Hôte (1988), acredita-se que o Brasil apresenta de 0,6% a 1,3% de idosos residindo em instituições, Neri (1997), afirma que esta taxa está em torno de 1,0%.

Para que os idosos possam viver com dignidade nas instituições, estas devem ser uma continuidade dos seus lares, com um mínimo de qualidade de vida.

Lar/Asilo

Ao longo da história de uma vida muitos são os momentos de dificuldades e obstáculos, mas quando se é jovem tudo faz parte dos sonhos e anseios, o amor, a família, a casa, a profissão, o estudo, o emprego, os bens.

A força de vontade é maior; a coragem para lutar e vencer, alcançar objetivos e conquistas é enorme. É com esta coragem e garra que muitas pessoas constroem seus sonhos, uma casa confortável, aconchegante, com dependências espaçosas (salas, cozinha, quarto de estudo, biblioteca, banheiros, área de serviço, dormitórios, jardim, quintal, etc).

As casas, quando o poder aquisitivo possibilita, na sua grande maioria são bem arejadas, ensolaradas; há conforto e praticidades como água encanada, luz elétrica, telefone, aparelhos eletrodomésticos que facilitam a vida, entre outras comodidades que deixam a vida mais prazerosa.

Além de uma melhor qualidade de vida, por sentir-se bem com o conforto, segurança e abrigo, a aquisição de uma casa significa o prazer da recompensa, o resultado do esforço, da luta, do trabalho e da perseverança.

Em uma casa tem-se uma história. Cada objeto, cada detalhe, por mais simples que seja tem um significado especial. Nela vive o imaginário foi o presente de alguém muito querido, de um filho, parentes ou foi a compra efetuada com o resultado de uma pequena economia ou até mesmo de um sacrifício.

O espaço físico e a área construída mostram uma casa, mas na verdade, uma casa é muito mais do que isto, é um lar aconchegante, gostoso, acolhedor, onde se sente o calor dos que ali residem.

Para alguém que possui isso não há como imaginar a ida de uma pessoa para uma instituição asilar, onde tudo se perde, mesmo que a ida seja por vontade própria. Ao conhecer uma instituição asilar observa-se as dependências: sala de estar, refeitório, dormitórios, sanitários e às vezes um pátio. Como enfrentar / administrar a ida para uma instituição asilar? A ruptura seria enorme com tudo vivido até então. Onde estaria o ambiente confortável, o quarto amplo e arejado, os objetos pessoais, a televisão, o telefone,

o pequeno jardim onde se passava as tardes, tudo que era só da pessoa. Tudo deverá ser dividido; não se pode nem escolher o canal da televisão sozinho ou o simples horário de se tomar banho.

Da mesma forma, tudo isso pode acontecer também a uma pessoa que não tem casa, um lar. Para este, o asilo talvez seja até um meio melhor de viver, um teto sobre sua cabeça, com comida, higiene e até mesmo um certo conforto. Sem contar ainda a amizade ou a simples convivência com outras pessoas que ali são iguais a ele, com os mesmos direitos e deveres.

A entrada na instituição, talvez seja a mesma para os ricos e pobres. Ao entrar em uma instituição asilar aos poucos tudo fica na lembrança; lentamente deixa-se de ser o profissional, o pai, a mãe, o filho, o amigo e passa-se a ser somente um interno, um albergado, seguindo normas, horários pré-estabelecidos por pessoas que muitas vezes estão presentes fisicamente mas distantes sentimentalmente.

A história, lembranças, podem ir se apagando e aos poucos tende-se a morrer junto com elas tudo o que se foi e se fez. Pode estar sendo fechado o baú das lembranças. Olha-se o mundo sem nada se ver. Parece muito triste.

Instituições Asilares

A sociedade colaborou no processo de isolamento dos idosos, o que veio a influenciar no envelhecimento demográfico.

Muitas vezes calada e omissa, a sociedade formou idosos que, abandonados, sofrem as conseqüências psico-emocionais desse isolamento. Assim fizeram com que milhares de pessoas com mais idade assumissem a condição de idosos e asilados. Isso pode

ser chamado por Beauvoir citado por Salgado (1980), como uma conspiração do silêncio, o encaminhamento comum, o asilamento.

Com o objetivo de mostrar melhor o funcionamento das instituições asilares apresenta-se o quadro 1, com algumas características das instituições asilares da grande Florianópolis:

Quadro 1
Instituições que abrigam idosos na grande Florianópolis

Nome da Instituição	Data de Fundação	Mantenedora	Valor Mensal da Instituição
A	27/03/1910	Filantropica	80% da aposentadoria*
B	18/01/1956	Filantropica	80% da aposentadoria*
C	20/05/1967	Filantropica	80% da aposentadoria*
D	10/02/1972	Filantropica	80% da aposentadoria
E	21/02/1977	Particular	Aprox. R\$ 600,00
F	25/11/1980	Filantropica	80% da aposentadoria
G	17/03/1987	Particular	R\$ 600,00
H	07/03/1987	Particular	Aprox. R\$ 800,00
I	12/10/1987	Particular	Aprox. R\$ 300,00
J	10/03/1991	Filantropica	80% da aposentadoria**
L	28/09/1991	Filantropica	80% da aposentadoria
M	14/02/1992	Particular	Aprox. R\$ 300,00
N	12/03/1992	Particular	Aprox. R\$ 600,00***
O	08/12/1992	Particular	Aprox. R\$ 1.200,00
P	01/05/1993	Particular	R\$ 300,00 a R\$ 500,00
Q	31/05/1995	Filantropica	80% da aposentadoria
R	01/02/1996	Particular	Aprox. R\$ 300,00
S	17/03/1996	Filantropica	80% da aposentadoria
T	02/05/1996	Filantropica	Não recebe nada
U	06/06/1996	Particular	R\$ 850,00 Mensais
V	01/08/1997	Particular	Acima de R\$ 1.800,00
X	XXXXXXXX	Particular	****

Fonte: História das Instituições que abrigam idosos de Benedetti e Schimtz, 1998.

Legenda: * - Instituições que também oferecem quartos particulares

** - Instituições que recebem somente idosos com algum tipo de deficiência

*** - Instituições que tiveram seu fechamento 1 mês após a entrevista

**** - Instituições que recusaram-se a dar entrevistas

Ao analisar o quadro 1, observam-se dez instituições de origem filantrópica e doze de origem particular. Essas instituições abrigam um total de 537 idosos, sendo 393 nas instituições filantrópicas e 144 nas particulares. Houve um grande aumento no número de instituições a partir de 1987, principalmente de origem particular. É importante sabermos o porquê desse aumento, principalmente das instituições de origem particular, ou seja, não só os idosos carentes estão precisando de moradia mas os de classe sócio-econômica média e alta também e isto pode estar acontecendo pela própria família que os rejeitam por falta de paciência, tempo ou até mesmo optam pelo abandono do idoso e buscam estas instituições para abrigá-los.

Na idade Média já existiam asilos onde ficavam as pessoas rejeitadas, que eram os mendigos, deficientes mentais, órfãos, velhos, com o intuito de que lá obteriam salvação de suas almas, de acordo com a filosofia religiosa da época (Bello et al, 1993).

De acordo com Brito e Ramos (1996), os asilos constituem a modalidade mais antiga e universal de atenção ao idoso fora de sua família. Tem por inconveniente, muitas vezes, conduzir esses indivíduos ao isolamento e a inatividade física em decorrência dos altos custos dos serviços de apoio. Esta deveria ser a última alternativa a ser considerada nos serviços sociais a serem oferecidos aos idosos.

Segundo Debert (1992), “(...) pesquisas enfatizam que as relações familiares ainda são fundamentais na assistência ao idoso e nas expectativas em relação ao processo de envelhecimento” (p.39). A coabitação entre pessoas idosas e seus filhos adultos, nem sempre é aceita e, às vezes é fonte de conflitos, o que pode levar os idosos a adotarem uma atitude de auto-proteção, procurando não morar com seus filhos e acabando indo para os asilos por opção própria.

Os asilos tendem a existir por criação das sociedades, como meio de sobrevivência para os que não têm mais vida ativa e produtiva e necessitam de cuidados especiais e total assistência. Outro motivo para o asilamento parece ser a imagem criada pela sociedade, de que o asilo é lugar de idoso pobre, encaminhando os idosos com boa situação financeira a casas de saúde (geriatria) para repouso. Muitas vezes há uso de outras designações, como lar dos idosos, centro vivencial, sociedade asilar, mas que na realidade são asilos.

Motta (1992) observa que, nas duas situações, rico ou pobre, o idoso parece tornar-se invisível, ou menos notável, pois o asilo é um lugar no qual o idoso parece desaparecer.

Para Jordão Netto, 1986:

A instituição para idoso é um tipo "*sui generis*" de instituição total. Além de ser como instituições totais um híbrido social, ou seja, é parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal, ele encerra por seu sumo aspectos extremamente paradoxais: é hospital onde os pacientes não tem perspectiva de alta, é prisão sem grades, campo de prisioneiros sem cercas, quartel sem sentinelas, claustro sem fé, nem esperanças. (p.13)

Apesar de muitos autores considerarem as instituições como locais desapropriados para os idosos, devemos levar em conta que se as mesmas não existissem a maioria desses idosos estariam morando na rua ou sendo mal atendidos pelos familiares, portanto antes de julgar é necessário analisar e tentar buscar determinados auxílios para ajudar as instituições asilares e principalmente os idosos.

Alguns, entre vários fatores podem implicar na institucionalização do idoso como a situação fisiológica desfavorável, situação financeira precária, família toda laborativa, viuvez, falta de espaço nos imóveis das grandes cidades, mudanças de rotina da família em função do idoso, necessidade de um cuidado permanente, e que constituem motivos

suficientes para que as pessoas acreditem na importância do papel social prestado pela institucionalização (Considera, 1996).

O asilamento pode trazer inúmeras conseqüências pois toda mudança, por mais simples que seja, implica em fatores positivos ou negativos. A principal mudança é a adaptação à vida asilar, pois por mais conformado que esteja o idoso com a idéia de morar no asilo, a realidade encontrada causa sempre um choque inicial. Também é esquecido o passado do idoso, seus passatempos, seus costumes, seus afazeres, o papel de avô/avó, pai ou mãe, no asilo é apenas mais um interno com deveres, direitos e fins.

Também como conseqüência do asilamento estão as grandes mudanças dos hábitos diários de vida. Grande parte dessas instituições mantém horários específicos para todos os afazeres, desde a alimentação até o horário de dormir (Moraes, 1998).

Ao visitar asilos é possível observar um grande problema a ociosidade. Os idosos costumam passar o dia todo na mais completa inatividade, levantando de uma cadeira e sentando no sofá. Poderiam ser desenvolvidas atividades que contassem com a participação ativa dos idosos, tornando-os assim mais dinâmicos.

Diante desse quadro que é encontrado nos asilos, a sociedade deveria começar a se preparar para a velhice, economicamente falando, para quando se aposentar ter um meio de como se sustentar e saciar as suas necessidades mínimas básicas, não correndo o risco de ir para uma instituição asilar (Schmitz, 1997).

Maria (1996) diz que a prevenção:

(...) só seria possível mediante a adoção de medidas legais que levem a remoção de tais dificuldades, entre elas podemos destacar algumas como: combate aos problemas econômicos, uma das principais causas dos asilamentos, baseada na falta de condições de manter o idoso; revisão das normas de construção e urbanização, uma adaptação justa ou uma adequação dos espaços públicos às necessidades dos velhos; instalações de equipamentos, que diz respeito mais a própria sociedade em apresentar alternativa, sejam elas de qualquer natureza, que garantam a permanência do idoso entre nós; organização de serviço, do tipo atendimento domiciliar (...) (p.26).

Outro modo de prevenção seria através da própria família do idoso, mostrando como cuidar deste, que medidas podem ser tomadas, que tipo de profissionais existem que podem ajudar em casa, desta forma seria evitada a ida de alguns idosos às instituições asilares.

Para Salgado (1980), o asilo pode ser aceitável para casos irreversíveis em total dependência, mas não para pessoas que por vontade de outros lá estão, este é o caso dos familiares que não sabem o que fazer com o seu idoso e os colocam nas instituições. Salgado (1980), ainda lembra que na questão asilamento existem os dois lados; enquanto um reprime, isola, castiga, o outro dá esperança, recupera e faz viver.

Lola e Fernandes (1998), em seu estudo, identificaram vários diagnósticos nos idosos asilados como: isolamento social relacionado com recursos pessoais inadequados; interação social prejudicada, relacionada com ausência de pessoas significativas, adaptação prejudicada relacionada com sistemas de suporte inadequados, desesperança relacionada com o isolamento e abandono; déficit de lazer relacionado com falta de atividade de lazer no ambiente.

Estes diagnósticos podem ser o resultado de profunda desesperança, sentimentos de inutilidade e de angústia. Podem ser a negação da própria realidade oriunda do abandono, da marginalização e da falta de perspectivas.

Conforme Pessini (1997), “Nossa sociedade cultiva o mito da eterna juventude de um lado, e incrementa a obsolescência programada de outro ao marginalizar os idosos em asilos ou em fundos de quintais, descartando-os como um produto perecível qualquer” (p.195).

Segundo Moragas (1991), potencializar a ajuda familiar é mais eficaz, econômica e socialmente para a sociedade e para o Estado, do que fazer o atendimento através de organizações assistenciais burocráticas, haja vista a tendência de crescimento da população idosa e a incapacidade das instituições públicas de resolver os crescentes problemas gerontológicos. Para o bem-estar dos idosos, o melhor é estabelecer a cooperação mútua entre a família e as instituições sociais. A experiência tem demonstrado que nenhuma organização consegue proporcionar aos idosos enfermos uma melhor qualidade de vida sem a participação, especialmente afetiva, dos seus familiares.

O Idoso e a Atividade Física

Em se tratando de envelhecimento e atividade física, Hipócrates, citado por Forciea & Mourey (1998), faz uma observação bastante importante:

Todas as partes do corpo que tem funções, se usadas com moderação e exercitadas em trabalhos aos quais elas estão acostumadas, se tornam bem desenvolvidas e envelhecem lentamente; mas, se não forem usadas, mas sim deixadas de lado, elas se tornam propensas a doenças, apresentam defeitos e envelhecem rapidamente. (p.89)

Segundo Cordts, citado por Forciea & Mourey (1998), há evidência de que o declínio que se via anteriormente com o envelhecimento é na verdade secundário à falta de uso. Existem semelhanças impressionantes entre declínios funcionais e estruturais associados com o envelhecimento e os efeitos da inatividade forçada. Há interesse em se encarar o exercício como um modo potencial de minimizar declínios funcionais futuros ou, pelo menos, comprimir o período de dependência dentro do último ano de vida. O benefício potencial da melhora da qualidade de vida é combinado aos benefícios sociais e econômicos potenciais de diminuir a institucionalização da sociedade que envelhece.

Nieman, 1999 considera:

Que de todos os grupos etários, as pessoas idosas são as mais beneficiadas pela atividade física. O risco de muitas doenças e problemas de saúde comuns na velhice (p. ex., doenças cardiovasculares, câncer, hipertensão arterial, depressão, osteoporose, fraturas ósseas e diabetes) diminui com a atividade física regular. (p.290)

Diferentes doenças afetam as pessoas das mais diversas idades e a própria idade pode ter efeito modificante nos vários processos patológicos. Existem algumas doenças que são encontradas com mais frequência em pessoas idosas. O envelhecimento do sistema cardiovascular está quase sempre associado à aterosclerose, (Holloszy, Kasser, Skinner, Skinner, citado por Skinner, 1991), observam que muitos dos princípios aplicados à prescrição de exercícios de pacientes cardíacos são adequados a pessoas idosas.

Leite, citado por Meirelles (1997), lembra que:

Um dos sucessos do exercício físico como medida preventiva, nos últimos anos, foi a criação de uma moderna educação física, em que fazer exercícios ou praticar esportes, se tornaram programas de lazer e prazer. Acabou a idéia de que praticar exercícios de forma regular exige desgastes físicos e psíquicos intensos, provocando desprazer e sofrimento (derrotas)". (p.75)

O exercício físico representa uma das formas de atividade física planejada, estruturada e repetitiva, tendo por objetivo a melhoria da aptidão física ou a reabilitação orgânico-funcional (Carpersen et alli, 1985).

O exercício tem sido usado para tratar pacientes com doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes melito, depressão, osteoporose, artrite, doenças de Parkinson e quedas.

Um programa de exercícios voltados para a flexibilidade e força pode ajudar a manter a mobilidade dos indivíduos mais velhos e poderá ainda reduzir a incidência de quedas e as escaras de decúbito. As pessoas que sofrem de artrite, fraturas ou derrame cerebral podem obter nítidas vantagens terapêuticas com um programa de exercícios (Hough, Barry & Eathorne citado por Mellion, 1997).

Novaes (1998), afirma que o exercício físico adequadamente prescrito melhora a saúde e conseqüentemente a qualidade de vida do indivíduo.

A saúde deve ser vista como num espectro, e não apenas como a exclusão de enfermidades. Deve-se observar também a capacidade do indivíduo de desenvolver as atividades da vida diária sem dificuldades, ao mesmo tempo que tira proveito prazeroso das mesmas (Blair et al, 1994).

Vários estudiosos entre eles Bouchard (1990), Edlin e Golanty (1992), Blair et al (1994), e outros de renome na área, dizem ser difícil que as pessoas ativas se fatiguem com atividades da vida diária, e afirmam que geralmente essas pessoas possuem maior capacidade para reagir frente a uma emergência ou para participar de atividades recreacionais intensas.

Para Silva (1999):

A adoção de um estilo de vida não-sedentário, calcado na prática regular de atividade física, encerra a possibilidade de reduzir diretamente o risco para o desenvolvimento da maior parte das doenças crônicas-degenerativas, além de servir como elemento promotor de mudanças com relação a fatores de risco para inúmeras outras doenças. (p.162)

A atividade física também é importante porque exerce uma ação benéfica sobre os efeitos nocivos do estresse e propicia um melhoramento no gerenciamento das tensões próprias do viver.

O exercício, entre outros fatores, segundo Novaes (1998), promove a manutenção do peso corporal ideal, reduz o risco de doenças circulatórias (aterosclerose coronariana e cerebral), melhora a função respiratória, aumenta a força e a resistência muscular; aumenta a flexibilidade, a mobilidade das articulações, a auto-estima, melhora o humor e reduz os sintomas de depressão, ansiedade e fobias, as respostas inadequadas ao estresse, melhora as relações interpessoais melhorando as relações sociais, completa o tratamento clínico de várias doenças crônicas e favorece ou estimula modificações em outros hábitos de vida

Não há nenhuma novidade nos benefícios citados, mas seria importante se as autoridades tomassem consciência destes benefícios e implantassem programas de exercícios, com acesso para todos, principalmente para a população idosa.

Os programas de exercícios para idosos têm por objetivo: diminuir a morbidade e a mortalidade (redução de gastos governamentais); manter a independência e a autonomia por mais tempo; melhorar a auto-suficiência e o bem-estar geral; melhorar a resistência geral e a condição cardiovascular; manter ou melhorar a flexibilidade, equilíbrio e coordenação; melhorar a força e a resistência muscular, controlar o peso e a nutrição;

aliviar ansiedades, insônias e depressão; ampliar o contato social e o prazer pela vida; melhorar a auto-estima; promover o relaxamento e sustentar o vigor sexual. Abordando estes objetivos o idoso poderá estar prevenindo doenças e mantendo ou melhorando sua qualidade de vida.

De acordo com Benedetti e Petroski (1999), as atividades físicas podem prevenir doenças com o fortalecimento do idoso nos aspectos biológicos, ressaltando força, flexibilidade, resistência e equilíbrio, que são qualidades físicas diretamente associadas com a independência e autonomia do idoso.

A atividade física para o idoso tem um significado muito importante, segundo Cardoso citado por Bunn (1997):

Os valores da atividade física para o idoso, estão diretamente relacionados à manutenção, promoção e recuperação das qualidades funcionais que determinam a saúde, a autonomia de movimentos e as possibilidades de manter as atividades diárias habituais. (p.33)

Segundo Nieman (1999), as pessoas idosas que se exercitam regularmente relatam que dormem melhor, são menos vulneráveis às doenças virais e possuem melhor qualidade de vida do que as sedentárias.

Segundo Eckert (1993):

(...)embora a fase adulta mais velha seja a idade em que o declínio dos parâmetros de desempenho se torna crescentemente evidente, é também evidente que a participação em atividades físicas é extremamente necessária por capacitar pessoas mais velhas a permanecerem ativas e a se sentirem bem a respeito delas próprias. Os hábitos e atitudes tanto quanto as habilidades desenvolvidas durante os anos de crescimento desempenham um papel vital na saúde, tanto mental como física, do indivíduo durante toda a sua vida (p. 432)

Ao se trabalhar com o idoso deve se dar ênfase ao esquema corporal e planejar as atividades de forma simples, leve e moderada com base nas atividades diárias, como andar, dançar, subir e descer escadas, nadar, pedalar e carregar objetos.

As atividades aeróbicas são as mais recomendadas, principalmente as de baixo impacto, pois proporcionam menor risco de lesões, como caminhadas, ciclismo, natação, hidroginástica e dança, são exemplos citados por, Matsudo & Matsudo (1992).

Para Barbanti (1990):

A maior ameaça ao envelhecimento não é o processo de envelhecimento em si mesmo, mas a inatividade. A atividade física não influir na longevidade das pessoas porque ela tem influência sobre os mecanismos intrínsecos do envelhecimento normal, contudo, estima-se que a atividade física regular pode ser capaz de retardar o declínio fisiológico que acompanha o envelhecimento até cerca de 50% . (p.15)

A atividade física deve ser trabalhada com medidas de segurança, do contrário pode provocar lesões térmicas e desidratação, potencializando hipoglicemia e agravando lesões músculo-esqueléticas. Algumas medidas se fazem necessárias: (1) avaliação médica prévia; (2) aferição individual de temperatura e pressão arterial (TPA) diariamente, antes do início das aulas; (3) alguns exercícios devem ser realizados sentados em cadeiras; (4) exercícios executados em pé recebem o auxílio de cuidadores sob supervisão do professor; (5) é feita hidratação antes e após cada sessão; (6) as aulas devem ser suspensas quando em temperaturas extremas; (7) o ambiente deve ser ventilado, (8) iluminado e (9) com piso antiderrapante, (10) com a utilização de calçado e vestuário adequado (Considera, 1996).

Pesquisadores em um estudo na Califórnia compararam os benefícios da saúde de cinco tipos de atividades: esportes vigorosos, natação ou longas caminhadas, trabalhos de jardinagem, exercícios físicos, caça e pesca. Somente a caça e a pesca não foram

associados com a melhora da saúde. Em todas as outras atividades, aqueles que participaram experimentaram uma melhor saúde física (Sharkey, 1998).

Para qualquer indivíduo, a atividade física é por demais importante, mas para aquele que se encontra em instituições asilares é mais importante ainda, principalmente pelos benefícios da atividade no nível afetivo e cognitivo, pois os idosos tendem a desenvolver uma personalidade mais positiva, com mais autonomia e autoconfiança, e mais ainda, deixando a ociosidade de lado, trabalhando para uma melhor qualidade de vida.

É importante lembrar que a saúde física, a longevidade e o ritmo de envelhecimento estão associados com os hábitos diários de saúde e o estilo de vida do indivíduo desde a infância/juventude.

A Qualidade de Vida e o Idoso

A preocupação com a qualidade de vida na velhice é assunto da maior importância neste fim de século. A qualidade de vida pode estar associada à sensação de bem-estar, saúde, conforto e até felicidade no cotidiano e, portanto, na vida familiar, afetiva e social em geral. Depende das condições e expectativas de cada um.

Silva (1999) observa que a expressão qualidade de vida no sentido geral aplica-se ao indivíduo aparentemente saudável, ao seu grau de satisfação com a vida nos múltiplos aspectos que a integram: moradia, transporte, alimentação, lazer, satisfação/realização profissional, vida sexual e amorosa, relacionamento com as outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira. A qualidade de vida na área da saúde está ligada a pessoas doentes, ao grau de limitação (perda da autonomia) e desconforto que a doença e/ou a sua terapêutica acarretam ao paciente e à sua vida.

Segundo Veras (1994), a autonomia do idoso está diretamente ligada à qualidade de vida “(...) uma forma de se procurar quantificar a qualidade de vida de um indivíduo é através do grau de autonomia com que o mesmo desempenha as suas funções do dia-a-dia que o fazem independente dentro do seu contexto sócio-econômico e cultural”.

(p.38)

A autonomia inclui a independência física que compreende a conservação da eficácia dos sistemas cardíaco-respiratório e osteo-mio-articular e a manutenção do maior grau de funcionamento desses sistemas implica em uma melhor qualidade de vida para o idoso (Considera, 1996).

A qualidade de vida do ponto de vista médico está ligada à longevidade, à funcionalidade e à boa saúde física e mental. Pode estar associada a condições médicas que permitem uma velhice digna, mesmo na presença de patologias severas, fragilidade, dependência e iminência da morte. Para Nahas (1995), qualidade de vida é um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano.

Do ponto de vista psicológico, a qualidade de vida na velhice é comumente relacionada à satisfação, ao envolvimento e ao senso de realização, a fatores motivacionais e à avaliação que o idoso faz da velhice (Neri, 1993).

A promoção da boa qualidade de vida excede os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter sociocultural. Uma velhice satisfatória não é só atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade da interação entre pessoas em mudança, vivendo numa sociedade em mudanças (Featherman, Smith & Peterson, 1990).

A qualidade de vida na velhice depende das condições físicas do ambiente, das condições oferecidas pela sociedade relativas a renda, a saúde, a educação formal e informal, existência de redes de relações de amizade e de parentesco, do grau de urbanização e das condições de trabalho, das condições biológicas propiciadas pela genética, pela maturação, pelo estilo de vida e pelo ambiente físico (Neri, 1993).

As condições ambientais têm relação direta com a qualidade de vida na velhice. Para que pessoas idosas sintam-se adaptadas no ambiente é necessário que seus atributos sejam compatíveis com as capacidades físicas e as competências comportamentais dos idosos.

Quando o idoso possui autonomia, ele próprio pode providenciar arranjos para que seu ambiente se torne mais seguro, variado e interessante, cuidando da iluminação, da disposição de móveis e acessórios, da segurança dos calçados e da disposição de objetos que os tornem mais agradáveis, confortáveis e interessantes. Quando o idoso perde a sua autonomia por alguma razão, é necessário que os membros da família ou das instituições por eles freqüentadas, cuidem destes aspectos.

A saúde está intimamente relacionada com a qualidade de vida; uma pessoa saudável está caminhando para uma melhor qualidade de vida e vice-versa. Segundo a Organização Mundial da saúde – OMS, citada por Karvonen (1981), a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções ou doenças. De acordo com Bouchard e Shephard (1994), saúde é uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, caracterizadas num contínuo, com pólos positivos e negativos.

A saúde plena é considerada por muitos a melhor qualidade de vida. A saúde também está ligada a atividade física, que por sua vez possui ligação direta com a qualidade de vida

A atividade física regular tem sido citada como elemento fundamental na manutenção da saúde e mencionada também como uma provável modificadora favorável, da longevidade (Novaes, 1998).

Se a percepção e conscientização do valor do homem, de sua igualdade em relação às aspirações e necessidades básicas forem respeitadas, oferecendo-se possibilidades de acesso a educação, a habitação e salário, a saúde e a melhor qualidade de vida serão conseqüências naturais.

Exercícios, dieta e outros hábitos possuem um grande efeito sobre a melhoria da extensão quanto da qualidade de vida, (Nieman, 1999).

Sharkey (1998), lembra que com uma boa genética e uma dieta cuidadosa, as pessoas podem viver uma vida mais longa, mas os últimos anos de vida podem ser gastos num asilo, se as pessoas não fizerem alguma coisa para diminuir o ritmo de envelhecimento. A vida ativa serve para proporcionar vitalidade, disciplina, desafio e tempo para reflexão.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Tipo de Estudo

Este estudo caracteriza-se como descritivo e exploratório, pois pretende-se descrever fatos e fenômenos de determinada realidade (Trivinos, 1987).

População

A população deste estudo abrangeu todos os idosos das instituições da grande Florianópolis e as próprias instituições, de cunho filantrópico (pagamento no máximo do valor da aposentadoria de um salário mínimo vigente). A grande Florianópolis abrange os seguintes municípios do Estado de Santa Catarina: Tijucas, Angelina, Canelinha, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, São João Batista, Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Palhoça, Paulo Lopes, Santo Amaro da Imperatriz, São José, Águas Mornas, Alfredo Wagner, Anitápolis, Rancho Queimado e São Bonifácio.

Instrumentos de Medida

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram:

- (a) Observação Participante ou Observação Ativa, como Declara Gil (1994):
O observador assume, pelo menos até certo ponto, o papel de um membro do grupo. Daí porque se pode definir observação participante como técnica pela qual se chega ao conhecimento da vida de um grupo a partir do interior dele mesmo. (p.108)

(b) Entrevista Semi-Estruturada, conforme Triviños (1987):

(...)parte de certos questionários básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que irão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.
(p.146)

(c) Roteiro de entrevista apresentado no anexo 1, para a primeira etapa, composto de seis questões abertas para levantamento de dados nas instituições.

(d) Roteiro de entrevista apresentado no anexo 2, aplicado através da observação da pesquisadora, para a segunda etapa, baseado na configuração do ambiente.

(e) Roteiro de entrevista apresentado no anexo 3, aplicado com os dirigentes das instituições asilares, para a terceira etapa, com base no documento intitulado Caracterização e Padrões Mínimos de Funcionamento das Instituições de Atenção ao Idoso.

(f) Inventário adaptado sobre qualidade de vida (Lipp & Rocha, 1996) apresentado no anexo 4, aplicado com os idosos das instituições asilares.

Metodologia da Coleta de Dados

O trabalho será desenvolvido em 4 etapas:

1. Observação do pesquisador ao ambiente asilar. Roteiro de entrevista para o levantamento dos dados referentes às instituições.
2. Roteiro de entrevista para analisar o ambiente e funcionamento dos asilos;

3. Roteiro de entrevista de acordo com o documento intitulado caracterização e padrões mínimos de funcionamento das instituições de atenção ao idoso.
4. Inventário adaptado sobre qualidade de vida.
5. Análise e interpretação dos dados.

Estudo Piloto

Foi realizado um estudo piloto para detectar possíveis falhas que poderiam passar despercebidas na elaboração do roteiro de entrevista tais como, ambigüidade, resposta não prevista e não variabilidade em alguma pergunta.

Tratamento Estatístico

Os dados coletados são tratados através da estatística descritiva, mediante cálculo de freqüência e percentagem, fundamentando-se com a bibliografia pesquisada.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao se falar em instituições asilares a idéia é de residências. As instituições asilares deveriam lembrar de certa forma as casas, os lares, as residências, em seu tamanho, aconchego, conforto e acima de tudo o amor.

De acordo com Farias (1992), a habitação parece exercer uma influência significativa na formação do ser humano.

Se houvesse um pouco de semelhança, talvez o corte, ainda brusco do lar para a instituição asilar não fosse tão desconcertante como é para alguns idosos; para aqueles que estão acostumados com a rua, o frio, a fome, a instituição asilar pode ser vista como uma benção, o melhor lugar; mas para aqueles acostumados com a família e principalmente com a casa, pode vir a ser bastante difícil.

Através da discussão de dados será traçado um perfil das instituições asilares com base nos objetivos propostos no capítulo I deste estudo.

Em primeiro plano, a localização das oito instituições asilares, podem ser observadas na figura 1. Nela encontramos as regiões onde estão localizadas as instituições asilares da grande Florianópolis.

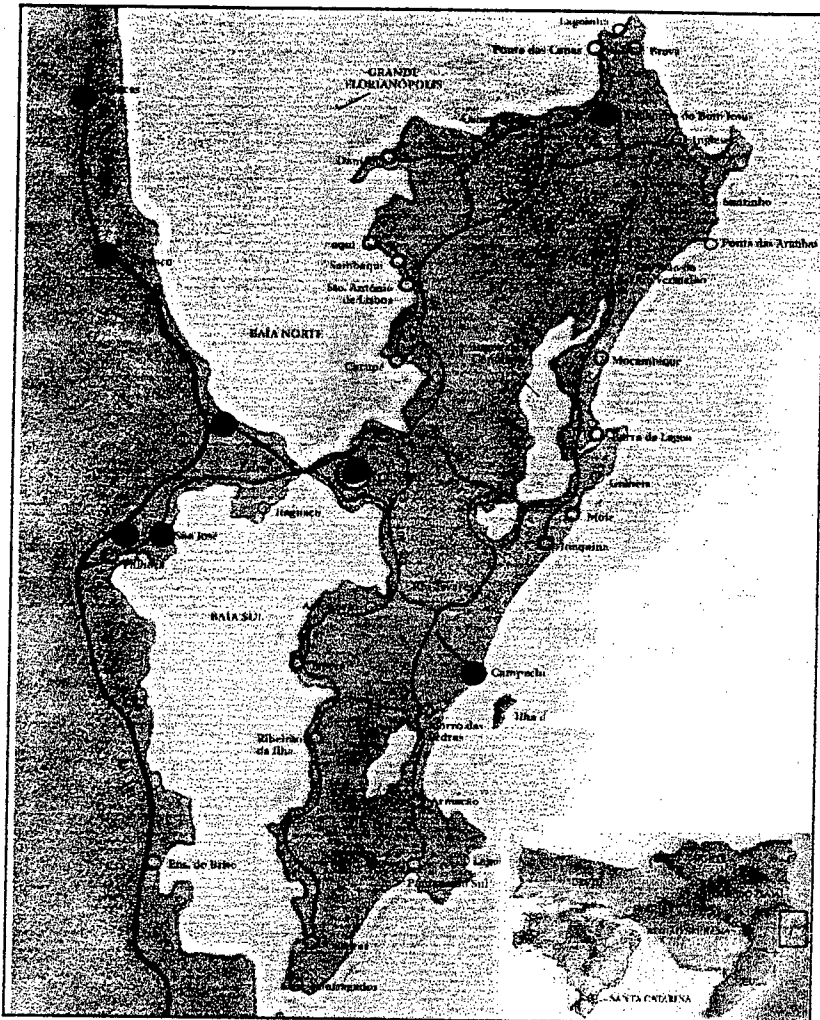


Figura 1- Localização das instituições asilares

A descrição e caracterização dos asilos da grande Florianópolis de uma forma geral é apresentada no quadro 2, como forma de delinear as instituições asilares deste estudo.

Quadro 2
Caracterização dos Asilos da grande Florianópolis quanto a configuração

<i>Fundado</i>	<i>Mantido</i>	<i>Idosos</i>	<i>Funcionários</i>	<i>Atividades</i>
Sociedade	80% salário idosos/doações/maternidade	60	12	Ginástica/bingo
Centro espírita	80% salário idosos/doações	49	40	Doutrina/ginástica /bingo
Centro espírita	80% salário idosos/doações	36	17	Bingo/passeios
Centro espírita	80% salário idosos/doações	38	19	Trab.manuais / doutrina/ginástica
Religião católica	10%governo/ doações	27	10	Trab.manuais/ educacionais/ passeios/missa
Irmãs espanholas	80%salário/ doações	50	18	Missa/ginástica/ bingo/horta
Vicentinos	80%salário/ doações	27	14	Missa/recreação
Centro espírita	Doações/ promoções	5	10	Ativ.recreativas

No quadro 2, pode-se observar que sete asilos foram fundados por instituições religiosas e são mantidos por doações e parte do salário dos idosos. Estes ao entrarem nas instituições asilares deixam 80% do seu salário sob a responsabilidade da direção da instituição. É a instituição que recebe o salário e repassa o que sobra para o idoso.

Ainda no quadro 2, observa-se que apenas uma instituição se mantém só com doações e promoções. Esta instituição só recebe idosos carentes que não possuem qualquer

ajuda financeira. A maioria dos idosos presentes nestas instituições são pessoas que viviam nas ruas.

Observa-se ainda nas instituições o desenvolvimento de algumas atividades coincidentes ou seja: ginástica, bingo, doutrina, passeios, trabalhos manuais, trabalhos educacionais, missa, trabalho na horta e recreação.

Entre as atividades desenvolvidas, nota-se, conforme Bunn (1997) p.20, a carência e a necessidade de atividades mais voltadas ao idoso mais alegres, descontraídas e motivantes, possibilitando o desenvolvimento da autonomia dos movimentos.

As instituições asilares de uma maneira geral, possuem uma rotina diária de tarefas: banho e café, arrumação das camas e das instalações, lanche, almoço, arrumação do almoço, descanso, lanche e o jantar.

Através do quadro 2 pode-se observar também que o número de idosos e funcionários varia muito de uma instituição para a outra. A instituição com maior número de idosos (sessenta), está localizada no centro de Florianópolis e a com o menor número (cinco), está localizada no bairro de Barreiros, em São José.

Ao analisar o quadro 2, chama atenção o fato da instituição com o maior número de idosos, possuir apenas doze funcionários, ou seja quase o mesmo número de funcionários, da instituição com o menor número de idosos.

Após caracterizar os asilos da grande Florianópolis, pode-se observar nas figuras 2, 3 e 4 a caracterização dos asilos através dos padrões mínimos de funcionamento das instituições de atenção ao idoso.

Frente aos objetivos propostos no capítulo I, observa-se também nas figuras 2, 3 e 4, a configuração e apresentação do primeiro objetivo deste estudo, a caracterização das instituições asilares de acordo com os padrões mínimos de funcionamento das instituições de atenção ao idoso. Estas figuras estão divididas em aspectos burocráticos, estrutura e higiene, para melhor compreensão da situação das instituições.

A figura 2, mostra os aspectos burocráticos das instituições asilares.

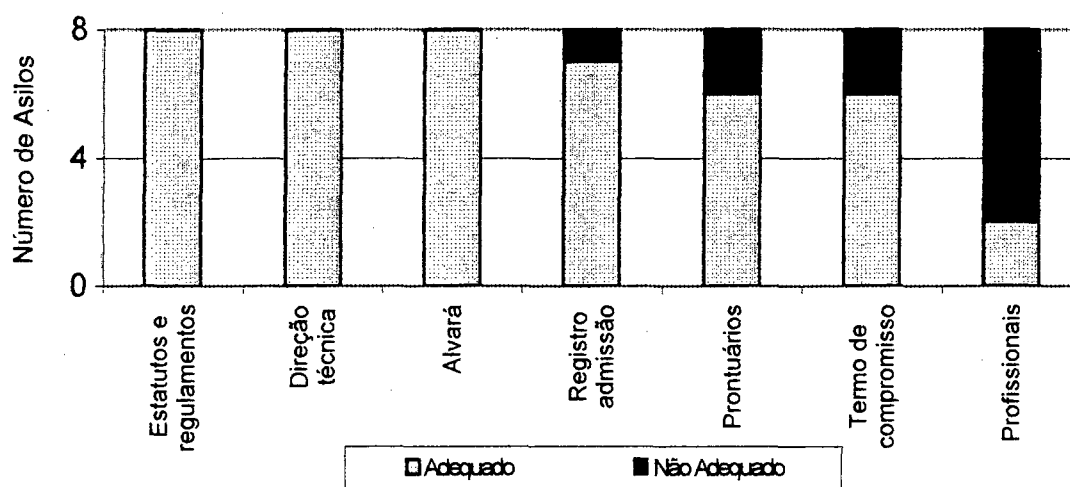


Figura 2 – Aspectos burocráticos das instituições asilares

Um dos objetivos do presente estudo foi o de verificar o cumprimento do documento intitulado caracterização e padrões mínimos de funcionamento das instituições de atenção ao idoso nos estabelecimentos da grande Florianópolis.

Com este documento em mãos, pode-se verificar que nem todas as instituições estão funcionando de acordo, talvez por não reconhecerem a existência deste, ou por nunca terem sido alvo de obrigações oficiais.

Deve-se deixar claro que mesmo algumas instituições asilares que não contemplam plenamente este documento estão funcionando e os albergados dão graças a Deus por este funcionamento, pois de outra forma talvez estivessem morando nas ruas.

Dentro dos aspectos burocráticos apresentados na figura 2, observa-se que nos estatutos e regulamentos (devem estar explicitados os objetivos, estrutura, organização e o conjunto de normas básicas que regem a instituição), estão adequados em todas as instituições.

Direção técnica (devem contar com um responsável técnico detentor de título de ensino superior de uma das profissões da área da saúde, que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária), adequada em todas as instituições.

Alvará (todas as instituições precisam efetuar o registro no órgão sanitário competente, a nível estadual ou municipal ou no órgão correspondente no Distrito Federal) adequado em todas as instituições.

Com relação aos prontuários (documento de atendimento contendo descrição da evolução dos pacientes, ações propêudicas e terapêuticas) e termo de compromisso (deverá ser firmado entre a instituição e o responsável pelo idoso) estão faltando em duas instituições.

Estes dois documentos são muito importantes, pois atestam o compromisso do responsável pelo idoso ao levar este para a instituição e também a evolução do idoso dentro da mesma.

Quanto aos profissionais há uma carência muito grande nas instituições.

Apenas duas instituições estão de acordo com a caracterização, as outras estão deficientes em relação aos profissionais.

Estes profissionais deveriam compor o quadro da instituição: assistência médica, assistência de enfermagem, assistência psicossocial, assistência nutricional, assistência de reabilitação.

Chama atenção a falta do profissional de Educação Física no quadro de profissionais necessários às instituições asilares. Deve-se lembrar que o profissional de Educação Física é uma figura importante quando ao se tratar o idoso, pois ele pode desempenhar funções relacionadas à qualidade de vida. O professor de Educação Física pode trabalhar a favor da prevenção de doenças e do desenvolvimento de um estilo de vida mais ativo.

Os profissionais são necessários para que haja mais valorização da instituição e melhores condições de atendimento ao idoso e seu número está descrito no quadro 2.

As instituições precisam adequar o seu quadro de funcionários, principalmente porque são eles que fazem as instituições funcionarem em todos os aspectos, seja na higiene, na saúde, alimentação e lazer.

Na figura 3, pode-se observar a estrutura das instituições asilares.

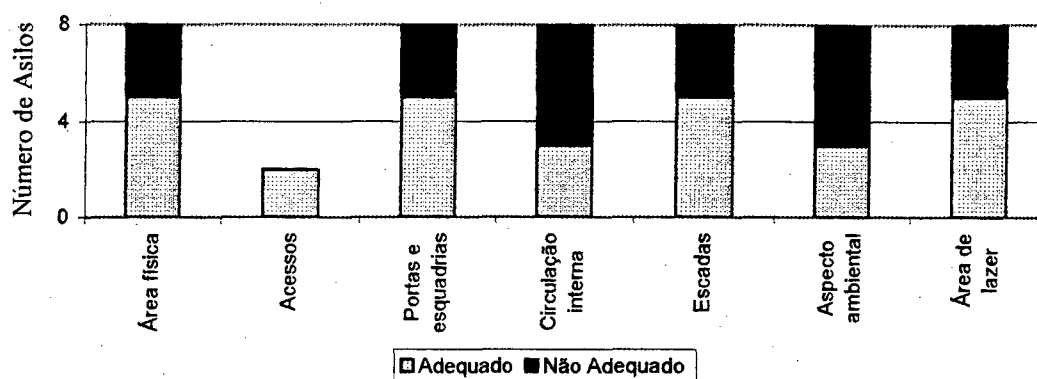


Figura 3 – Estrutura das instituições asilares da Grande Florianópolis

A figura 3 demonstra a estrutura das instituições asilares e há instituições caminhando de acordo com o documento.

Quanto ao primeiro item, área física (deve ser planejada levando-se em conta que uma parcela significativa dos usuários apresenta ou pode vir a apresentar dificuldades de locomoção e maior vulnerabilidade a acidentes, o que justifica a criação de um ambiente adequado), cinco instituições estão dentro da caracterização.

O segundo item, acessos (rampas dotadas de guarda-corpo e corrimão, piso com material anti-derrapante), apenas duas instituições adequadas as outras seis instituições não estão de acordo com o documento.

No terceiro item, portas e esquadrias (portas dos sanitários deverão abrir para fora, maçanetas das portas que possam facilitar a abertura da mesma), cinco instituições foram encontradas adequadas.

Quanto ao quarto item, circulação interna (corredores principais com largura mínima de 1,50m, corrimões nos corredores de ambos os lados), três instituições adequadas.

No quinto item, escadas (lances retos, dotadas de corrimão, espelhos do primeiro e último degraus devem ser pintados de amarelo equipados com luz de vigília permanente), cinco instituições adequadas.

Para o sexto item, aspecto ambiental (preferencialmente piso de material monocromático e anti-derrapante, fácil limpeza nas áreas de circulação, banheiros, refeitórios e cozinha, paredes claras, alegres, permitindo a limpeza e desinfecção, ventilação e iluminação, cada leito deverá corresponder a área de 5,5 m², não devendo ser alojados mais de três leitos por quarto, espaço reservado a idosos que venham a adoecer, obrigatória a instalação de luz de vigília), três instituições adequadas; as outras cinco instituições não estão de acordo com o documento.

Por último, a área de lazer (área interna destinada ao lazer dos idosos e área externa que possibilite, cultivo de hortaliças, flores e folhagens, ervas medicinais etc), cinco instituições adequadas.

A estrutura da instituição asilar pode ser considerada como um dos fatores mais importantes pois é como se fosse o esqueleto da instituição; é como morar numa casa sem as mínimas condições. Isto fica claro nas páginas 10,11 e12 deste estudo, onde salienta-se a importância de um lar/asilo.

As pessoas que vivem nestas instituições são idosos, e devemos levar em conta suas dificuldades que acabam surgindo com o avanço da idade, como a dificuldade de locomoção.

Torna-se impossível imaginar uma instituição sem corrimão ou com muitas escadas. Como o idoso poderá se locomover, por exemplo, numa cadeira de rodas. As rampas são fundamentais, como também a iluminação e a ventilação também, o ser humano é um ser vivo e como tal necessita de luz para sobreviver. Está é uma questão de qualidade de vida que iremos comentar mais no decorrer do estudo.

Faz parte da qualidade de vida do indivíduo os aspectos relacionados com a higiene tanto do ambiente como do próprio homem. Na figura 4, pode-se observar as questões relacionadas com a higiene.

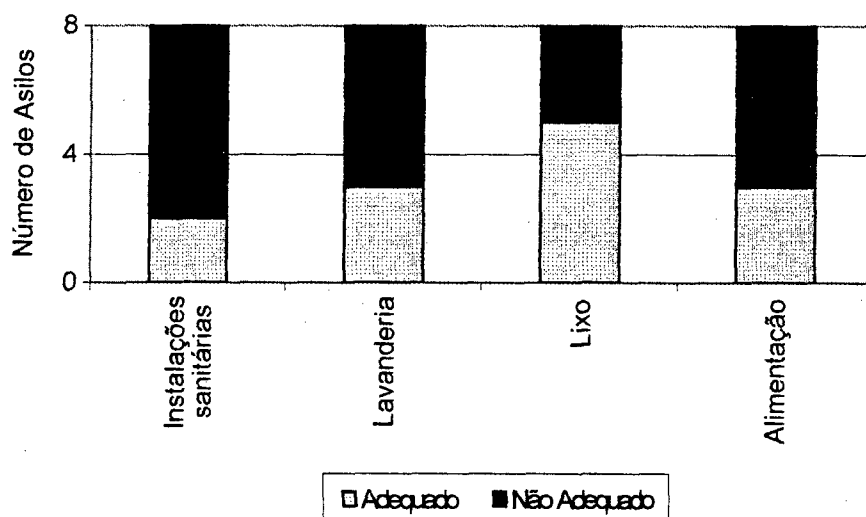


Figura 4 – Higiene das instituições asilares da grande Florianópolis

Verifica-se na figura 4 a situação de higiene das instituições. O primeiro item se refere às instalações sanitárias (devem constar de chuveiros, vasos sanitários e lavatório, devem ter espaço para a entrada e saída de cadeiras de roda, corrimões nas paredes dos

banheiros, instalação de banco no box e cumprimento obrigatório de um banheiro completo para cada seis idosos), duas instituições adequadas.

No segundo item, lavanderia (devem estar de acordo com a Portaria 1884/94 do Ministério da Saúde), três instituições adequadas.

Quanto ao terceiro item, lixo (separação de lixo contaminado e não contaminado), cinco instituições adequadas.

Por último, alimentação (recepção e controle do alimento, despensa, preparação e cocção, distribuição, lavagem), três instituições adequadas. A higiene é fundamental em qualquer lugar, mas principalmente em um local onde há um grande número de pessoas morando.

É necessário que se cumpra o que prevê o documento, pois são as condições mínimas para se ter qualidade de vida neste aspecto.

Novamente chama-se a atenção para o quadro 2, que mostra o número de idosos em cada instituição, mostrando o quanto é importante a higiene para que estes idosos possam viver bem.

O próxima figura irá mostrar a caracterização dos asilos relacionados com a observação feita nas instituições asilares.

Foram realizadas duas entrevistas, uma seguindo o roteiro do documento citado, caracterização e padrões mínimos de funcionamento das instituições de atenção ao idoso e a outra preenchida através da observação da pesquisadora para detectar algum esclarecimento que pudesse passar despercebido pelo roteiro do documento.

Na figura 5 são apresentadas as respostas relacionadas a esta entrevista.

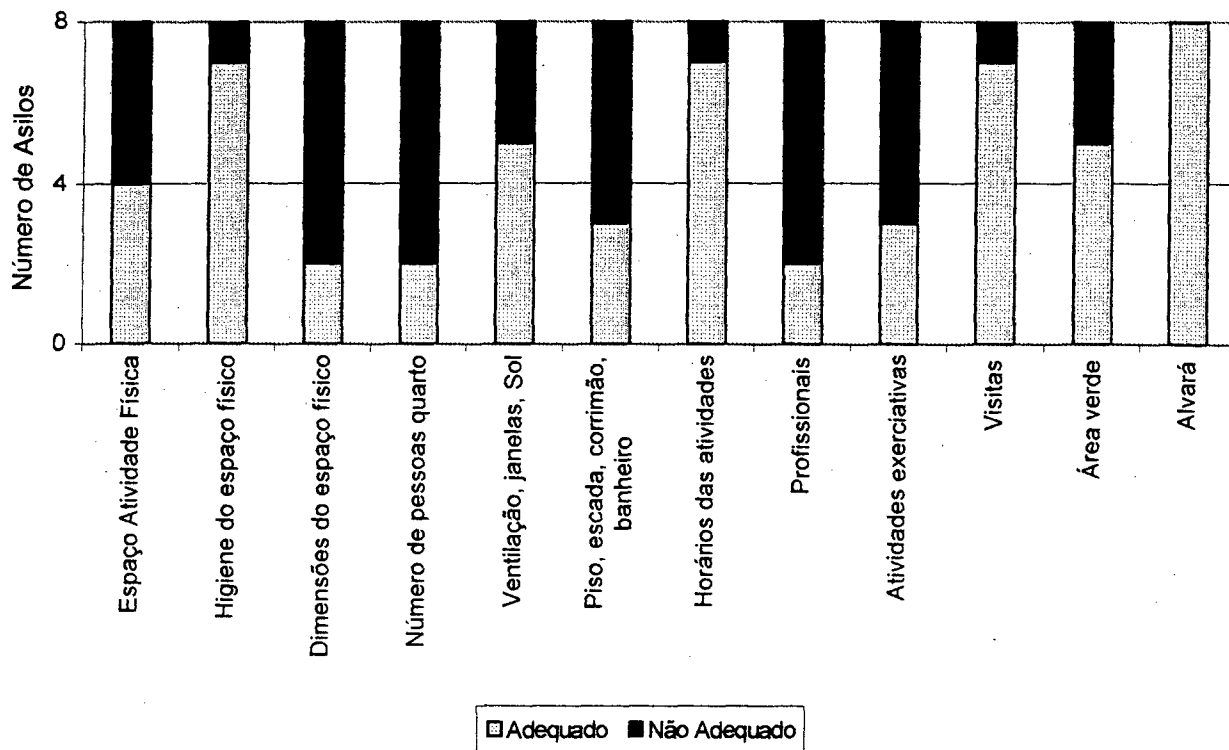


Figura 5 – Caracterização dos asilos da grande Florianópolis de acordo com a observação

Verificou-se na figura 5 que quatro instituições asilares não possuem espaço para atividade física. Um espaço para atividade física é um espaço propício para isto, uma sala grande, ampla ou uma área junto a natureza para desenvolver várias atividades, são indispensáveis para os idosos.

Nos escritos de Simões (1994) destaca-se a importância da prática da atividade física regular, que não se restringe a alterações do desempenho físico, mas também na

proteção à saúde nas fases subseqüentes da vida. A qualidade de vida satisfatória é mais importante, o que necessita da manutenção do corpo em atividades saudáveis.

Foi feito um estudo por Lopes e Siedler (1996) envolvendo dezesseis pessoas com mais de 60 anos, onde destacaram que a prática regular de atividade física bem estruturada e elaborada para os idosos pode auxiliar na recuperação do ritmo, coordenação, agilidade e mobilidade de seus membros, bem como na melhor resistência cárdio-pulmonar e muscular. Contribuindo para ampliar os laços de afetividade e de relacionamento social.

Um outro autor também ressalta a importância da atividade física onde observa que o exercício regular pode auxiliar no aumento dos contatos sociais, na saúde física e mental, na redução dos riscos de doenças crônicas e na conservação das funções básicas (Shephard, 1997).

Os benefícios da atividade física regular, podem ser verificados em pessoas de todas as idades e com várias doenças. Para Vuori (1995) um adequado funcionamento do sistema muscular pode ser o fator “chave” para a capacidade funcional, para a independência e para uma boa qualidade de vida. De acordo com Novaes (1998), o exercício físico adequadamente prescrito melhora a saúde e conseqüentemente a qualidade de vida do indivíduo.

Para Karvonen (1996), a atividade física pode apresentar uma associação positiva com a capacidade de trabalho, estilo de vida e a auto-estima.

Devido a tantas afirmações não se pode deixar de achar que todas as instituições deveriam possuir um espaço reservado para a prática de atividade física com profissionais qualificados que possam desenvolver um programa de exercícios eficazes para esses idosos asilados, que parecem inclusive asilados da vida.

Quanto à higiene do espaço físico, apenas uma instituição não está adequada; as demais estão trabalhando para que as instituições permaneçam sempre bem limpas.

Deve-se lembrar que a limpeza se inicia por volta das 6h30min. antes dos banhos e permanece ao longo do dia, principalmente durante a alimentação, devido as dificuldades dos idosos de se alimentarem sozinhos, havendo a necessidade de uma manutenção durante o dia todo. Por isso há profissionais para realizar esta tarefa somente.

Quanto às dimensões do espaço físico, seis instituições não estão adequadas. os quartos parecem estar com muitos leitos, há poucos banheiros, as acomodações de uma maneira geral não são equivalentes ao número de idosos na instituição talvez pela super lotação que apresentam-se determinadas instituições. É necessária uma reformulação neste quadro para que os idosos que residem nestas instituições venham a ter mais conforto.

O número de pessoas no quarto também contrária a teoria de Lauwe (1975) e parece não estar adequado em seis instituições. Como foi dito antes, há uma super-lotação nas instituições. Cada leito deverá corresponder a área de 5,5 m², não devendo ser alojados mais de três leitos por quarto.

De acordo com Lauwe (1975) “definiu-se primeiramente o limite patológico em relação ao metro quadrado/pessoa, encontrando nas análises uma média de 10 metros quadrados/pessoa, e o limite crítico, entre os 10 e 14 metros quadrados” (p. 23).

De acordo com Farias (1992),

Percebe-se que o número de pessoas por metro quadrado é um fator determinante da qualidade de vida e da possibilidade de interação social mais ampla e normal. Esses espaços podem propiciar o desenvolvimento da qualidade ou da deterioração da vida. (p.4)

Nos casos aqui expostos é difícil conjugar custos e espaços. Os locais para albergados não são como no governo do primeiro mundo.

Na figura 5, pode-se observar que a ventilação, janelas e iluminação não estão adequadas em três instituições e o piso, escada, corrimão e auxílio no banheiro, estão incorretos em cinco instituições.

Todos estes itens são importantes e necessários à instituição. A pesquisadora ressalta que em algumas instituições em que foi perguntado se havia corrimão e auxílio no banheiro, o responsável respondeu que havia, e ao fazer a observação a pesquisadora constatou que não. Devido ao ocorrido, há necessidade da entrevista e da observação, pois verificou-se que algumas respostas não conferiam com a realidade da instituição.

Quanto ao horário das atividades, apenas uma instituição não estava com os horários adequados. Os idosos passavam um grande tempo sem se alimentar devido ao espaçamento dos horários. É necessário que haja lanches entre as refeições principais ainda mais em se tratando de pessoas idosas que se alimentam pouquinho em cada refeição; os demais horários estavam adequados.

O número de profissionais, como já foi ressaltado antes no quadro 2 e 3, está deficiente em seis instituições.

As atividades exercitativas, ou seja, com duração, frequência e intensidade pré-determinada não estão adequadas em cinco instituições.

De acordo com Heikkinen, 1998:

Os benefícios com a prática de atividade física incluem um melhoramento na habilidade funcional, na saúde e na qualidade funcional, na saúde e na qualidade de vida, com uma correspondente diminuição nos gastos com a saúde para o indivíduo e para a sociedade em um todo. (p.4)

Novamente voltando ao quadro 2, que apresenta o perfil dos asilos da grande Florianópolis, nota-se a falta de atividade física exercitativa em quatro instituições asilares.

Alguns exercícios como a caminhada e a ginástica podem vir a influenciar diretamente no grau de independência para realização das atividades do dia-a-dia como tomar banho, escovar os dentes, lavar o cabelo, comer e assim por diante.

Deve-se levar em conta nas instituições que o importante é ajustar a intensidade e a quantidade de exercícios proporcionando ao indivíduo bem-estar, não esquecendo da frequência das atividades colocando como um hábito no dia-a-dia do idoso asilado.

Com relação às visitas, apenas uma instituição não está adequada pois não permite que o idoso receba a visita sem hora marcada. As demais instituições estipulam um horário para as visitas todos os dias das 9 as 10h e 30min e das 15 às 16h e 30min.

Quanto a área verde, 3 instituições não estão adequadas, pois não possuem nem um pátio muito menos área verde. De acordo com a caracterização todas as instituições deveriam possuir área externa que possibilitasse o cultivo de hortaliças, flores e folhagens, ervas medicinais etc. Para preencher o tempo saindo da ociosidade e podendo ser útil até no fornecimento e embelezamento da instituição sem contar a possibilidade de estar junto à natureza presenciando o nascer de plantas e até vivenciando o lar de alguns animais que ali residem.

De acordo com Farias, citado por Ouriques (2000),

Um estudo aprofundado da influência do ambiente vivido e vivente, seja ele natural ou artificial, sobre a saúde e o estado de bem-estar do ser humano, deve priorizar alguns aspectos ligados ao estado bio-psico-socio-fisiológico do homem, tentando entender seu modo de vida. (p.22)

Quanto ao alvará, todas as instituições estão adequadas, como já ficou evidenciado na figura 2.

Pode-se observar nas figuras 6, 7 e 8 os quadrantes social, afetivo e salutar que compõem o inventário adaptado sobre qualidade de vida.

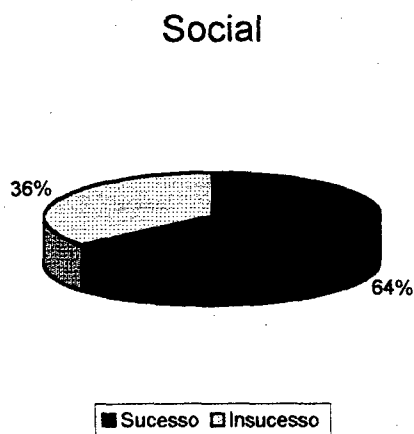


Figura 6 – Quadrante social dos idosos asilados

Pode-se observar na figura 6 que 64% dos idosos obtiveram sucesso no quadrante social enquanto que apenas 36% não obtiveram este mesmo sucesso.

O sucesso no quadrante social pode estar relacionado com o modo de vida do idoso na instituição asilar se ele tem amigos, se estes dependem dele para alguma coisa, se sai ou recebe visitas, se participa de atividades como festas, ou seja, se procura socializar-se no ambiente em que vive.

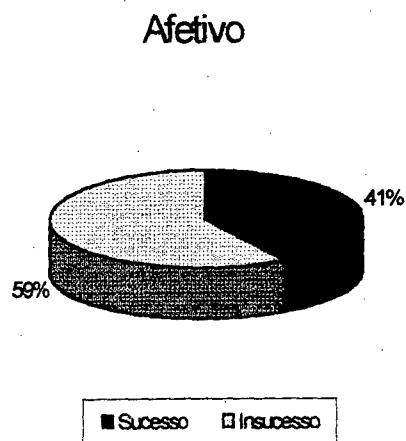


Figura 7 – Quadrante Afetivo dos idosos asilados

No quadrante afetivo pode-se observar que menos da metade dos idosos obtiveram sucesso. Este quadrante está muito relacionado à forma como este idoso veio para a instituição asilar e como ele se relaciona com a família, esposo(a), filhos e parentes.

Está relacionado a questão do dar e receber afeto e como ele lida com as lembranças de sua vida.

Salutar

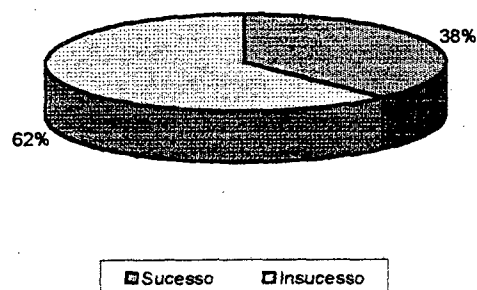


Figura 8 – Quadrante salutar dos idosos asilados

Observando-se a figura 8 visualiza-se que a maioria dos idosos obtiveram insucesso no quadrante salutar. Este quadrante está relacionado a saúde do idoso, desde as doenças que ele tem, até a questão da prática de atividade física e o dormir bem. A saúde está intimamente relacionada com a qualidade de vida; uma pessoa saudável está caminhando para uma melhor qualidade de vida e vice-versa.

Através das figuras 6, 7 e 8 pode-se verificar que a qualidade de vida dos idosos asilados está carente, principalmente no que se refere ao quadrante afetivo e salutar.

Segundo a Organização Mundial da saúde – OMS, citado por Karvonen (1981), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de afecções ou doenças. De acordo com Bouchard e Shephard (1994), saúde é uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, caracterizadas num contínuo, com pólos positivos e negativos.

Qualidade de vida não está relacionada apenas com o lado material da vida, mas principalmente com o estado mental do indivíduo. Uma instituição asilar pode ser um abrigo para um idoso, mas talvez esteja faltando o lado humano, afetivo, que este mesmo idoso tinha em seu lar. Na instituição asilar acaba-se cuidando muito das questões práticas e deixa-se de lado a parte afetiva que vem a influenciar na qualidade de vida do ser humano.

O documento intitulado caracterização e padrões mínimos de funcionamento das instituições de atenção ao idoso, preocupa-se com as questões burocráticas, estrutura e higiene das instituições asilares, mas talvez esteja faltando a questão humana, que dependerá muito dos profissionais atuantes nas instituições e da forma como as instituições entendem a qualidade de vida.

As condições ambientais têm relação direta com a qualidade de vida na velhice. Para que pessoas idosas sintam-se adaptadas no ambiente é necessário que seus atributos sejam compatíveis com as capacidades físicas e as competências comportamentais dos idosos.

Finkler (1994) observa que o nível de qualidade de vida pessoal é coletiva, está relacionado estreitamente com a qualidade da relação interpessoal das pessoas. O esforço pessoal e coletivo para melhorar a qualidade de vida seja ela no nível do governo, da escola e da família, deve começar por atuar sobre as relações humanas.

Segundo Neri (1995), o relacionar-se com as pessoas é muito importante para todos, mas principalmente para o idoso, predizendo o bem-estar psicológico de saúde e longevidade. A autora ainda aborda os resultados de suas pesquisas comprovando a satisfação dos idosos frente ao relacionamento com a família, amigos e vizinhos. Ela ainda destaca que “embora as pessoas idosas interajam com outras menos do que os jovens, a velhice não é tempo de sofrimento, rigidez e melancolia”. (p.143)

De acordo com Fox (1997), a auto-estima tem sido desenvolvida de maneira positiva com a intervenção de programas de exercícios físicos e esportes, obtendo resultados inéditos na qualidade de vida e bem-estar mental. A auto-estima está correlacionada diretamente à auto-imagem.

De acordo com Nieman (1993), a atividade física pode influenciar o afeto positivo, auto-estima e auto-eficácia. A posição tomada frente à participação na atividade física pode afetar o desenvolvimento da auto-estima e o afeto positivo através da mediação das percepções de auto-eficácia. O sucesso do exercício e da atividade física aumentam a opinião das pessoas sobre suas capacidades, e este senso de aumento do controle no domínio físico conduz a aumento na evolução de seus valores físicos, melhorando o afeto positivo.

Não se pode esquecer que a atividade física está vinculada à qualidade de vida. Há falta de atividade física, observada no quadro 2, onde apenas a metade das instituições possuem ginástica como um meio de atividade física exercitativa.

A maior ameaça ao envelhecimento, segundo Barbanti (1990), é a inatividade. Por isso, a prática de atividade física regular pode ser capaz de retardar o declínio fisiológico que acompanha o envelhecimento até cerca de 50%.

Talvez as instituições não dediquem muito do seu tempo nesta tarefa, em função de não estarem bem informadas quanto a necessidade e importância da prática de atividade física, inclusive aquela do dia-a-dia, no que se refere às atividades da vida diária, como arrumar a cama, varrer, lavar a louça e assim por diante.

Observa-se nas instituições asilares que as funcionárias auxiliam na maioria das tarefas: nos banhos, por exemplo, é raro o idoso que pode tomar o banho sem ajuda, vestir e pentear acontece da mesma forma, e alguns necessitam de ajuda. O banho caracteriza-se

por uma das atividades mais demoradas em função do número de chuveiros e auxílio das funcionárias. As roupas sujas são levadas para a lavanderia onde as funcionárias fazem a limpeza, algumas poucas vezes os idosos auxiliam nesta tarefa. Raros são os idosos que lavam suas próprias roupas, não necessitando de ajuda de terceiros.

A qualidade de vida está ligada ao grau de limitação (perda da autonomia); a autonomia pode levar à construção da autoconfiança deixando a ociosidade de lado e despertando o sentimento de “ser útil”.

Observa-se que a arrumação das camas é feita por funcionárias com a ajuda de alguns idosos.

No que se refere à alimentação, alguns idosos auxiliam no preparo dos alimentos e na colocação da mesa. Há idosos que se alimentam sozinhos e outros que precisam de ajuda, inclusive sendo alimentados no próprio leito.

Após a refeição as funcionárias, com a ajuda de alguns idosos, fazem a limpeza do local, enquanto isso os outros idosos fazem o que gostam: assistem televisão, fumam, dormem, escutam rádio, ficam quietos nos cantos, falam sozinhos e caminham.

Observa-se que as atividades diárias deveriam ser incentivadas por parte da instituição para que os idosos tentassem tomar banho sozinhos ou com a menor ajuda possível, lavar a louça, fazer a cama, varrer pequenas áreas e assim por diante; acredita-se que a grande maioria desses idosos faziam essas atividades em casa e ao chegar na instituição deixam de fazer por acomodação. Eles observam que as funcionárias fazem tudo e os outros idosos nada fazem e por comodismo ou aceitação acabam fazendo o mesmo, vindo a perder sua autonomia e dependendo de terceiros para tudo.

Benedetti (1999) observa que a rotina nas instituições é pré-estabelecida, e seria complicado alterar os hábitos consolidados no local, não apenas dos idosos mas dos

funcionários também, pois acarretaria uma mudança total nos horários e atividades, pois os idosos demorariam mais nas atividades inclusive dificultando o próprio trabalho. Como é mais prático e mais rápido, os funcionários realizam as tarefas.

A autora também destaca em seu trabalho que grande parte dos idosos da instituição estudada tinham dificuldades quanto à locomoção e precisavam de ajuda para o cuidado pessoal, e poucos podiam realizar as atividades do dia-a-dia. Mas mesmo assim os que apresentavam condições de realizar tarefas não o faziam.

Em outros trabalhos também se verifica a questão da dependência nas instituições asilares. Alguns pesquisadores como Born e Abreu (1996), Debret (1997), Rezende et al. (1998), observaram que os idosos institucionalizados na grande maioria são semi-dependentes.

Devido a isto, a necessidade de investir nos profissionais que trabalham nas instituições reciclando-os permanentemente, diminuindo a rotatividade dos mesmos, melhorando os salários, investindo mesmo no profissional, para que ele se sinta bem e trabalhe com vontade conseqüentemente se estará investindo também no idoso e na melhor qualidade de vida deste.

Interessante salientar que, na hora em que todos fazem o que querem há uma grande passividade e tristeza na instituição; tudo fica muito quieto e silencioso e se observa o sedentarismo. Um estilo de vida não-sedentário, com a prática da atividade física possibilita a redução e o risco para desenvolver a maior parte das doenças crônicas-degenerativas.

Costa (1983) observou em uma instituição a inexpressiva vida sócio-cultural, pois as atividades eram as mesmas sempre e o mais interessante é que na maioria das instituições é assim; as atividades se limitam a assistir televisão, ouvir rádio, jogar dominó,

bingo, dama e assim por diante. Alguns idosos ainda realizam serviços manuais como crochê, tricô, costura e oficina, os demais ficam observando-os até a hora do jantar.

Toda esta rotina demonstra que os idosos não são incentivados a desenvolver as atividades diárias; a prática da atividade física poderia vir a contribuir na realização dessas tarefas, proporcionando inclusive uma melhora na qualidade de vida destes idosos.

Uma qualidade de vida mais adequada poderia ser conseguida com mudanças simples no estilo ou hábitos de vida. A WHO (1990) cita a importância de se manter um estilo de vida ativo onde diminuiria os riscos de doenças e o indivíduo poderia continuar mais tempo independente.

A prática regular da atividade física adequada à idade pode vir a beneficiar, de alguma forma, toda e qualquer estrutura do corpo estando sadias ou com alguma patologia. A influência positiva da atividade física sobre a qualidade de vida é algo imprescindível (Browne 1997; Buchner 1997; Karvonen 1996 e Vuori 1995).

Estudiosos como Venjatraman & Fernandes (1997), salientaram a importância da atividade física sobre o sistema imunológico, como os demais sistemas do corpo, sofrem um enfraquecimento, aumentando o risco de infecções.

Estes mesmos autores estudaram homens e mulheres centenárias e verificaram que o sistema imunológico pode preservar a capacidade através de um regime regular de atividade física aeróbica, resultando em uma melhor qualidade de vida. Seus argumentos foram que exercícios moderados podem ajudar a reverter os efeitos adversos da idade, ajudando no aumento da produção de hormônios e beneficiando o poder das células de combate do corpo. O maior cuidado está em encontrar a dose certa de exercícios.

Segundo Plante & Rodin (1990), a relação dos benefícios do exercício com o aspecto biológico se dá pelo aumento da temperatura corporal, resultando num efeito

tranquilizante a curto prazo, pela regulação e adaptação do estresse, pelo aumento da atividade adrenal, pela redução do potencial nervoso do músculo em repouso ocasionando liberação de tensão, facilitando a neurotransmissão da noradrenalina, da serotonina e da dopamina melhorando o estado de ânimo do indivíduo.

Ainda Plante e Rodin (1990), tentando explicar os efeitos do exercício físico para a saúde psicológica, afirmam que uma melhor condição física proporciona uma sensação de competência, controle e auto-suficiência. O exercício em forma de meditação, desencadeia um estado de consciência alterado e mais relaxado. Além desses benefícios, proporciona distração, diversão, extravasamento de pensamentos, emoções e condutas desagradáveis, permitindo também melhor bem-estar psicológico pela melhora dos sintomas depressivos e ansiolíticos.

A prática regular de atividade física pode vir a interferir na longevidade, quando modifica os processos de doenças (Hayflick, 1996). De acordo com Paz (1990), a atividade física, entre tantas outras terapias formuladas para preservar a saúde do ser humano, é a mais natural, higiênica e menos custosa. É vantajosa pelo fato de poder ser utilizada em qualquer faixa etária, desde que haja o respeito à individualidade.

A difusão do exercício físico para pessoas idosas tem-se tornado uma estratégia simples, barata e eficaz tanto para diminuir os custos relacionados à saúde quanto para melhorar a qualidade de vida (Gobbi, 1997).

Porém, a atividade física precisa ser significativa e ser fonte de prazer para atender todas as necessidades do ser humano, na sua globalidade e não simplesmente movimentos repetidos sem significado algum. Sobre esse aspecto, Gaiarsa (1993), afirma que quando se fala em esporte ou ginástica, a atitude básica que se tem frente ao próprio

corpo é de ordenar movimentos forçados na intensidade, no ritmo e na duração, de tal forma que se escraviza o corpo a realizar movimentos sem pensar no real sentido desse ato.

Todo exercício é bom, contanto que, ao longo dele, a pessoa permaneça atenta a si mesma percebendo se seu modo de fazer força está adequado, se o movimento sai fácil, se ele está bem equilibrado, ritmado e descansado.

Para a pessoa idosa o ideal seria a prática de atividade física de intensidade leve a moderada, feita diariamente de forma continuada ou intermitente, desde que acumule pelo menos 30 minutos de execução. As atividades podem ser desde uma simples caminhada até uma aula de hidroginástica.

Deve-se lembrar que a atividade física de intensidade leve é aquela que requer esforço mínimo para ser realizada, podendo ser realizada continuamente por longos períodos de tempo (Dul & Weerdmuster, 1995). Já atividade de intensidade moderada é aquela que eleva (moderadamente) a frequência cardíaca, mas não implica em esforço físico exaustivo (Medicine and Science in Sports and Exercise, 1997). Estudos longitudinais provaram a forte associação entre os benefícios da atividade física moderada para a aptidão física (Blair et al., 1989; Kohl et al., 1992).

É possível se alcançar níveis bastante satisfatórios de desempenho físico, destaca Feijó (1999), com a prática de exercícios atraentes, diversificados e com intensidade moderada. Estes podem gerar auto-confiança, satisfação, bem-estar fisiológico e interação social. Cada vez mais se observa a participação das pessoas idosas em caminhadas, corridas, passeios de bicicleta, natação, dança, todas são formas adequadas para pessoas de idade avançada desfrutarem dos efeitos positivos da saúde (Silva, 1997).

Cooper (1982) ressalta a importância da medida certa nos exercícios, alimentação, repouso, alívio das tensões e esforços da vida cotidiana para equilibrar o sistema físico e psicológico.

De acordo com Blair (1995), a relação entre exercício ou atividade física e aptidão física está relacionada ao grau de resposta. Quanto mais atividade física melhor para a saúde. Deve-se considerar a liberdade de escolha sobre a quantidade de atividade física, no sentido de se conseguir maior adesão com relação à mesma. Alguma atividade física pode ser melhor do que nenhuma, principalmente quando se fala em indivíduos sedentários que se beneficiam mais do exercício para a saúde, conforme pesquisas atuais.

Alguns autores associam a aptidão e mortalidade em indivíduos com 50 anos (Bokovoy & Blair, 1994) ou em outros indivíduos anteriormente sedentários frente à atividade física moderada (Blair, 1993).

Parece que homens e mulheres que praticam atividade física moderada possuem mais benefícios de saúde se comparado aos indivíduos menos ativos. Os benefícios observados estão relacionados à pressão sanguínea, mudança na composição corporal, colesterol e hábitos positivos de estilo de vida (Blair, 1995).

A atividade física moderada pode produzir modificações cardiovasculares (Duncan et al., 1991; Foster, Hume, Taylor, 1986; King et al., 1991 (citado por Blair, 1995) e que a aptidão física pode ser aumentada por exercícios com intensidade de 40% (talvez menos) da capacidade máxima. Contudo, essas mudanças podem não ocorrer tão rapidamente se comparadas com intensidades superiores.

Algumas atividades aeróbicas moderadas, como a caminhada, permite o contato do indivíduo com a natureza e com outras pessoas, além, de ser uma atividade relaxante devido aos efeitos psicofisiológicos.

Alguns estudos importantes como o de Cooper (1982); McAuley (1994); Sharkey (1998); enfatizam a importância da atividade física moderada, pois contribuem para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida.

Morris (1997) destaca as atividades físicas moderadas como o Tai-chi, ginástica na praia, trabalhar no jardim, podem favorecer na conservação da saúde física e psicológica dos idosos. Reforça ainda que as atividades físicas devem integrar-se na vida cotidiana.

Como observou Morris (1997), as atividades devem se integrar ao cotidiano do idoso. No quadro 2 verificamos que as atividades do cotidiano das instituições asilares variam como, ginástica, bingo, passeios, trabalhos na horta, recreação. Essas atividades podem ser consideradas leves a moderadas e fazem parte da vida do idoso.

A prática da atividade física moderada possibilita manter níveis aceitáveis de manutenção da aptidão física relacionada à saúde, compatíveis com as necessidades da vida de um idoso. A atividade física moderada não tem pretensão de desenvolver níveis elevados de aptidão física, mas sem possibilitar aos indivíduos mais energia, vigor para desenvolver as suas atividades habituais, proporcionando menor risco de desenvolver doenças hipocinéticas.

O idoso que possui a possibilidade de fazer uma atividade física todos os dias poderá sentir-se saudável e continuará desempenhando suas tarefas do cotidiano. A atividade física pode inclusive oportunizar novas perspectivas de futuro vinculadas à qualidade de vida.

Furtado (1997) esclarece que estas iniciativas podem dar novos horizontes aos idosos. A reintegração social favorece novas relações e amizades, tornando os idosos novamente ativos e socialmente produtivos. Independente de idade, podem produzir ou participar mais efetivamente da vida do asilo, tendo um objetivo de vida a ser alcançado.

Mas não se pode construir e manter uma qualidade de vida dentro de uma instituição asilar sem a ajuda de todos que ali residem e trabalham. Acredita-se que uma instituição asilar deva funcionar com o auxílio de todos com o intuito de proporcionar o bem-estar e satisfação de uma maneira geral, isso só acontecerá com o empenho de toda a família asilar.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Existe nos tempos atuais uma grande quantidade de conhecimentos acerca de envelhecimento, atividade física e qualidade de vida, com novos conceitos e aplicações. A forma como estes conhecimentos são usados para nutrir a vida é o resultado de longos anos de pesquisas em muitos países. É preciso colocar em prática o conhecimento adquirido, não somente pelos pesquisadores, mas por todos que se preocupam com a saúde e bem-estar de seus familiares.

As grandes mudanças realizam-se através do conselho, da autoridade, da sábia maturidade da qual a velhice, longe de estar despojada, encontra-se, ao contrário, mais abundantemente provida. O idoso deve ser valorizado por suas qualidades e não pela idade; uma instituição asilar pode ser a glória para uns e a tristeza para outros.

Concluindo o presente estudo, pode-se afirmar que a grande parte das instituições asilares da grande Florianópolis precisa tomar conhecimento do documento intitulado Caracterização e Padrões Mínimos de Funcionamento das Instituições de Atenção ao Idoso para verificar os itens que estão ou não adequados conforme esse documento.

De acordo com o mesmo documento, concluiu-se que a maioria das instituições estão deixando de cumprir alguns itens estabelecidos. Apenas três itens estavam de acordo com o que prevê o documento. São eles: estatutos e regulamentos, direção técnica e alvará. Os demais itens não estão de acordo com o que prevê o documento, talvez até pela falta de informação das instituições asilares sobre o documento em questão.

Quanto aos itens que não estão adequados são: registro de admissão (uma), prontuários (duas), termo de compromisso (duas), profissionais (seis), área física (três), acessos (seis), portas e esquadrias (três), circulação interna (cinco), escadas (três), aspecto ambiental (cinco), área de lazer (três), instalações sanitárias (seis), lavanderia (cinco), lixo (três) e alimentação (cinco).

A prática de atividade física formal nas instituições asilares da grande Florianópolis parece não ser uma prioridade das instituições, pois verificou-se que a metade não possui uma atividade exercitativa com duração, intensidade e frequência pré-determinada.

As instituições possuem as atividades rotineiras como bingo, doutrina, trabalhos manuais, atividades recreativas, horta, mas parece estar faltando a atividade física formal, como uma rotina diária juntamente com um profissional qualificado que venha a atender os objetivos dessa clientela em questão, favorecendo a rotina diária.

Observou-se que o profissional de Educação Física não é lembrado no documento junto com os demais profissionais obrigatórios nas instituições asilares. O fisioterapeuta, por exemplo, é lembrado, assim como o médico, pois caso o idoso venha a sofrer de alguma doença tem quem trate dele. Mas se tivesse o professor de educação física incluído no corpo profissional, talvez pudesse trabalhar a favor da prevenção de doenças, pois como já foi discutido antes, a atividade física, quando incluída no âmbito das ações nas instituições asilares ajuda na prevenção de determinadas doenças. Para cooperar nesse contexto, só um profissional qualificado como o professor de educação física pode desenvolver na área um trabalho auxiliando a vida do idoso.

Em relação à qualidade de vida, o quadrante social foi o único que obteve sucesso. Nos demais, afetivo e salutar, há insucesso. Isso parece evidenciar a solidão que

os idosos passam em seus verdadeiros lares e as instituições asilares podem estar ajudando na socialização desses idosos.

Este resultado pode estar relacionado ao modo de vida do idoso na instituição asilar, convivência ou não com os albergados, socialização fora da instituição, relação com a família e a forma como chegou na instituição. A saúde também tem uma relação toda especial, que antecede a ida para a instituição. Deve-se observar se o idoso ao chegar na instituição já tinha determinadas doenças ou não e se estas se agravaram a partir da entrada na instituição.

De uma forma geral os idosos asilados aparentam estar com uma qualidade de vida deficiente. Esta deficiência pode estar acontecendo devido a falta de profissionais competentes, como ficou diagnosticado no estudo, o ambiente, a falta dos familiares, casos de doenças ou seja, tudo que cerca o idoso.

O documento caracterização e padrões mínimos de funcionamento das instituições de atenção ao idoso foi criado para que as instituições pudessem oferecer aos idosos condições de viver bem. Pode estar faltando direcionar melhor os objetivos, para o lado da qualidade de vida, não apenas com bens materiais, como verifica-se muito no documento, mas o lado afetivo, que influencia na saúde do idoso, e conseqüentemente, na qualidade de vida deste.

Recomendações

A conclusão implica em apresentar recomendações:

- estudo nas instituições particulares;
- adoção de programas de exercícios físicos nas instituições;

- direcionamento de atividades voltadas para o lado afetivo e social;
- desenvolvimento de atividades voltadas para a saúde do idoso;
- promoção de debates baseado no documento caracterização e padrões mínimos de funcionamento das instituições de atenção ao idoso;
- inclusão do profissional de educação física no quadro obrigatório de profissionais nas instituições asilares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbanti, V.J (1990). *Aptidão física: um convite a saúde*. São Paulo: Manole.
- Barbetta, P.A.(1998). *Estatística aplicada às ciências sociais*. Florianópolis. Ed.da UFSC 2ª edição.
- Beauvoir, S. (1990). *A velhice*; Trad. De maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bello, C., Miranda, F., Souza, J, Lazzarin, K., Caselli, M.& Goldts, M.F.(1993). *Valorização das instituições asilares enquanto agente de transformação de qualidade de vida do idosos*. Monografia do Curso de Geriatria e Gerontologia (não publicada) NETI/UFSC. Florianópolis.
- Benedetti, T.B. & Petroski, E. (1999). *Idosos asilados e a prática de atividade física*. Dissertação de Mestrado (não publicada). UFSC, Florianópolis.
- Benedetti, T.B.B. & Schimtz, L.M. (1998). História das instituições que abrigam idosos (Grande Florianópolis). *Anais da VI Semana da Pesquisa da UFSC*, 502.
- Berquó, E. (1996). *Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil*. Conferência proferida no Seminário Internacional sobre Envelhecimento Populacional. Brasília.
- Blair, S.N., Kohl, H.W., Paffenbarger, R.S.J., Clark, D.G., Cooper, K.H & Gibbons, L.W.(1989). Physical fitness and aal-cause mortality: A prospective study of health men and women and unhealthy men. *Journal of the American Medical Association*, n.262, p. 2395-2401.
- Blair, S.N. (1993). Physical activity, physical fitness and health. *Research Quaterly for Exercise and Sport*, n. 64, p. 365-376.
- Blair, S.N.; Harold, W.K.; Paffenbarger, JR.; Clark, M.S.; Cooper, K.H. Gibbons, M.D. (1994). Capacidad física y tasa de mortalidad para todas causas em general. *Resúmenes, 3º Simpósio Internacional de Actualización en Ciencias Aplicadas al Desporte*. Rosário, p. 439-449.
- Blair, S.N. (1995). Exercise prescription for health. American Academy of Kinesiology and Physical Education. *Quest*, n.47, p.338-353.
- Bokovoy, J.L. & Blair, S.N. (1994). Aging and exercise: A health perspective. *Journal of Aging and Physical Activity*, n.2, p. 243-260.

- Bouchard, C. & Shepard, R. (1990). *Physical activity, fitness and health: a model and key concepts*. In: C. Bouchard et al (ed) *Exercise, fitness and health*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Bouchard, C. Shepard, R. J.; Stephens, T.; Sutton, J.R. McPherson, B.d. (1990). *Exercise, fitness and health: the consensus statement*. Champaign, IL., Human Kinetics.
- Bouchard, C. et al. (1994). *Physical activity, fitness and health*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Born, T. & Abreu, C.M.G. (1996). O cuidado ao idoso em instituição de longa permanência. *Gerontologia*. 4(4): 07-14.
- Brasil, Ministério da Previdência e Assistência Social (1997). *Plano Integrado de ação governamental para o desenvolvimento da política nacional do idoso*. Brasília: Secretaria de Assistência Social.
- Brito, F.C. & Ramos, L.R. (1996). *Serviços de atenção à saúde do idoso*. In: Papaléo Netto, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu.
- Browne, D. (1997). Exercise by prescription. *Journal Research Society Health*, 117(1), 52-55.
- Buchner, D.M. (1997). Physical activity and quality of life in older adults (editorial; comment). *JAMA*, 277(1), 64-66.
- Bunn, J.K.T.C. (1997). *O idoso na academia: Uma possibilidade*. Monografia de Especialização em Gerontologia (não publicada). CEFID/UEDESC. Florianópolis.
- Carpensen, C.J., Powell, K.E. & Christensan, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Carvalho, J.A.M. (1998). Envelhecimento acelerado transforma o perfil da população. *Ciência Hoje*. 137 (23), 19-29.
- Considera, A. T. (1996). *O idoso e a institucionalização*. I Seminário Internacional sobre Atividades Físicas para a Terceira Idade. UERJ, Rio de Janeiro, V.02.
- Costa, V.L.L. (1983). *Atividades físicas e de lazer para idosos em asilos*. Monografia de Especialização em Lazer (não publicada). UFPe.
- Debert, G.G. (1992). Família, classe social e etnicidade: um balanço da bibliografia sobre a experiência de envelhecimento. In: BIB: *Boletim informativo e bibliográfico de ciências sociais*, n.33, 1º sem. Rio de Janeiro, ANPOCS.

- Debret, G.G. (1997). Asilos e práticas profissionais para uma velhice adequada. *Motus Corporis*, 4(2), 49-83. Rio de Janeiro.
- Dul, J. & Weerdmister, B. (1995). *Ergonomia prática*. (Itiro Lida, trad.). São Paulo: Edgar Blücher (trabalho original publicado em 1993).
- Eckert, H.M (1993). *Desenvolvimento motor*. São Paulo: Manole, 3.ed.
- Edlin, G. & Golanty, E. (1992). *Health and wellness, a holistic approach*. Boston, 4ª ed, Jones and Bartlett publishers.
- Estado de Santa Catarina – (1999). *Caracterização e Padrões Mínimos de Funcionamento das Instituições de Atenção ao Idoso*. Fórum Permanente da região Sul – Política Nacional do Idoso – Conselho Estadual do idoso – SC. A ser publicado.
- Farias, S.F. (1992). *Escola, lugar pré-desportivo” estudo sobre o espaço físico – vivências naturais, na infância, e as contribuições das atividades pré-desportivas na escola”*. Trabalho inédito apresentado para concurso titular da UFSC. Florianópolis.
- Featherman, D.L., Smith, J. & Peterson, J.G. (1990). *Successful aging in post-retired society*. In P.B. Baltes e M.M. Baltes (eds). *Successful aging. Perspective from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Feijó, S. (1999). Endereço eletrônico. [Http://WWW.geocities.com/Broadway//Alley/6471/Atividade3.html](http://WWW.geocities.com/Broadway//Alley/6471/Atividade3.html).
- Finkler, P. (1994). *Qualidade e plenitude humana*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Forciea, M.A. & Mourey, R.L. (1998). *Segredos em geriatria: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos*. Trad. Jussara N.T. Burnier. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fox, K.R. (1997). *The physical self and processes in self-esteem development*. In Kenneth R. Fox (Editor). *The Physical Self – From Motivation to Well-Being*. (pp. 111 – 139) EUA: Human Kinetics. Cap 11.
- Furtado, E.S. (1997). *Terceira idade: enfoques múltiplos*. *Motus Corporis*, 4(2), 121-147.
- Gaiarsa, A. (1993). *Como enfrentar a velhice*. 3 ed. São Paulo: Ícone.
- Gil, A.C. (1994). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Ed. Atlas S.A 4ª edição.
- Gobbi, S. (1997). Atividade física para pessoas idosas e recomendações da organização mundial da saúde de 1996. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. Londrina, n.2, 41-49.

- Hayflick, L. (1996). *Como e por que envelhecemos*. (A. B. Rodrigues & P.M. Celeste, Trad.) Rio de Janeiro: Campus. (trabalho original publicado em 1994).
- Heikkinen, L. (1998). The role of physical activity in health aging. World Health Organization Aging and Health Programme. Who/HPR/AHE, 1-14.
- Hôte, J.M. (1988). *Brasil, uma política para a velhice já*. Brasil.
- IBGE, Censo 1991 Nº 23. SC. RJ. pp. 1-363.
- IBGE (1996). *Contagem da população*. Rio de Janeiro: IBGE, 1997.
- Jordão Netto, A. (1986). *As instituições para idosos e sociedade – Conferência realizada no I Congresso Ibero Latino Americano de Geriatria e Gerontologia*. São Paulo.
- Lauwe, C. & outros. (1975). *Famille et habitation*. Centre National de La Recherche Scientifique, Paris.
- Lola, M. J. F. & Fernandes, M G. M. (1998). Respostas psicossociais de um grupo de idosos frente ao convívio asilar. *O Mundo da Saúde*. São Paulo, v.22, n.2, p.87, mar./abr.
- Lopes, M.A. & Siedler, M.J. (1997). *Atividade física: agente de transformação dos idosos. Texto & Contexto – A Enfermagem e o Envelhecer Humano*. Florianópolis: Papa-Livro, 6(2).
- Kalache, A.; Ramos, L.R. & Veras, R.P. (1997). *O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo*. Ver. Saúde Pública, 21(3), 200-210.
- Karvonen, M.J (1981). *Exercício físico e promoção da saúde*. Enciclopédia Salvat da saúde. Rio de Janeiro: Salvat Editora do Brasil.
- Karvonen, M.J. (1996). Physical activity for a healthy life. *Research Quarterly Exercise Sport*, 67(2), 213-215.
- Kloetzel, K. (1980). *Temas de saúde: higiene física e do ambiente*. São Paulo: EPU.
- Kohl, H.W. Gordon, N.F. Villegas, J.A & Blair, S.N. (1992). Cardiorespiratory fitness glucemic status. *Journal of the American Medical Association*. N. 266, p. 1535-1542.
- Matsudo, S.M.& Matsudo, V.K.R. (1992). Prescrição e benefícios da atividade física na terceira idade. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 6(4), 19-29.
- Maria, J. L. (1996). *Análises das atividades recreativas e ocupacionais dos idosos, nos asilos da ilha de Santa Catarina. "um estudo revendo a questão dos asilos*. Monografia de graduação em Educação Física (não publicada). Florianópolis. CDS/UFSC.

- MacAuley, E. (1994). *Enhancing psychological health through physical activity*. In: Quinney, H.A. et al., *Toward Active, Chanpaing, Illinois: Human Kinetics*.
- Medicine and Science in Sports and Exercise (1997). Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire. Supplement "A collection of physical activity questionnaires for health-related research". *Official Journal of The American College of Sports Medicine*, 29 (6), June, S36-S38.
- Meirelles, (1997). *Atividade física na terceira idade: uma abordagem sistêmica*. Rio de Janeiro. Sprint.
- Mellion, M. B. (1997). *Segredos em medicina desportiva: respostas necessárias ao dia-a-dia em centros de treinamento, na clínica, em exames orais e escritos*. Trad. Luiz Irineu Cibils Settineri. Porto Alegre: Artes médicas.
- Moragas, R.M. (1991). *Gerontologia social, envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona, Editorial Herder.
- Moraes, L.F.S. (1998). *Atividade física na terceira idade: uma proposta para idosos asilados*. Monografia de especialização em Atividade Física e saúde (não publicada). Florianópolis. CEFID/UFSC.
- Moreno, B.A. & Veras, R. (1999). O idoso e as instituições asilares no município do Rio de Janeiro. *Revista Gerontologia*, 7(4), 167-177.
- Morris, J.N. (1997). Ejercicio físico para combater el envejecimiento. *Salud Mundial*, 50(4), 6-7.
- Motta, E (1992). *Rede de apoio comunitário de gerontologia e geriatria*. Apostila do Curso de Gerontologia. Florianópolis, NETI/UFSC.
- Nahas, M. V. (1995). *O conceito de vida ativa: a atividade física como fator de qualidade de vida*. NuPAF/UFSC.
- Nahas, M. V. (1999). *Estilo de Vida: slide em aula*. Florianópolis.
- Neri, A.L. (1993). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP.: Papyrus.
- Neri, A.L. (1995). *Envelhecimento Psicológico*. Campinas: Papyrus.
- Neri, A.L. (1997). Conferência apresentada na "I Jornada de Gerontologia e Geriatria da SBGG"- Seção de SC. Outubro.
- Nieman, D.C. (1993). *Como controlar as tensões da vida moderna*. Vida e Saúde. Maio, p. 4-9.

- Nieman, D. C. (1999). *Exercício e saúde*. São Paulo: Manole.
- Novaes, E.V. (1998). *Qualidade de vida – atividade física, saúde e doença*. Memórias do Congresso Mundial de Educação Física AIESEP 1997 = Proceedings of the World Congress AIESEP – 1997. Rio de Janeiro: Editora Central da Universidade Gama Filho.
- Ouriques, P.M. (2000). *Hábitos de atividade física e histórico de vida associados à densidade mineral óssea de pessoas com idade acima de 80 anos*. Dissertação não publicada, UFSC. Florianópolis
- Paz, R.L. (1990). *Educação física e recreação para terceira idade*. Porto Alegre: Sagra.
- Paschoal, S. M. P. (1996). Epidemiologia do Envelhecimento. In M. Papaléo Netto (Org). *Gerontologia*. (pp.26-43) São Paulo: Ed. Atheneu.
- Pessini, L (1997). Envelhecer com dignidade. *O mundo da Saúde*. São Paulo, 21(4), p. 195, jul./ago.
- Plante, T.G. & Rodin, J. (1990): Physical fitness and enhanced psychological health. *Current psychology: Research and Reviews*, n. 9, p. 3-24.
- Rezende, C.H.A. ; Costa, E.N. ; Oliveira, A.L.R. (1998). Independência em atividades da vida diária entre idosos institucionalizados em Uberlândia – MG. *Livro de Resumos – GERP '98*. P.20 nº 056 (24-27 de junho de 1998).
- Salgado, M.A. (1980). *Velhice, uma nova questão social*. Biblioteca Científica, série 3º Idade. SESC.
- Schmitz, L. T. M. (1997). *Instituições de Idosos: “a história que não se conta”*. Monografia de especialização em gerontologia (não publicada), UDESC, Florianópolis, SC.
- Sharkey, B.J. (1998). *Condicionamento físico e saúde*. Trad. Marcia dos santos Dornelles e Ricardo Demétrio de Souza. Petersen – 4ed. Porto Alegre: ArtMed.
- Shephard, R.J. (1997). *Aging physical activity and health*. United Stated: Human Kinetics.
- Silva, O.J. (1997). *Exercício em situações especiais*. Florianópolis: Ed. UFSC.
- Silva, M. A. D. (1999). *O exercício: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos especiais e preventivos*. Editor Nabil Ghorayeb; co-editor Turibio Leite de Barros Neto. São Paulo: Editora Atheneu.
- Simões, R. (1994). *Corporeidade e terceira idade*. Piracicaba, São Paulo: Unimep.

Skinner, J.S. (1991). *Prova de esforço e prescrição de exercícios para casos específicos. bases teóricas e aplicações clínicas*. Rio de Janeiro: Revinter .

Trivinos, A. N. S. (1987). *Introdução a Pesquisa em ciências Sociais*. São Paulo: Atlas.

Venjatraman, J.T. & Fernandes, G. (1997). Exercise, imunity and aging. *Aging Milano*, 9(1-2), 42-56.

Veras, R.P. (1994). *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ.

Vuori, I. (1995). Exercise and physical health: musculoskeletal health and functional capabilities. *Research Quartely Exercise Sport*, 66(4), 276-285.

WHO – World Health Organization (1990). *Diet, nutritio and prevention of chronic diseases*. Report of WHO, study group. Technical Report Series 797, Geneva.

ANEXOS

ANEXO 1**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O LEVANTAMENTO DOS DADOS
REFERENTES ÀS INSTITUIÇÕES.**

Roteiro de Entrevista para Levantamento dos Dados Referentes às Instituições

Nome da Instituição Entrevistada:

Data da Entrevista:

- 1) Em que ano esta instituição (asilo) foi fundada? Por quê?
- 2) Como foi criado, quem as mantém?
- 3) Quantos idosos têm atualmente a instituição?
- 4) Quantos funcionários trabalham nesta instituição? Quem são estes profissionais, especialistas ou voluntários? Quais suas funções?
- 5) Qual o nível sócio-econômico dos idosos?
- 6) Que tipo de atividades são oferecidas pela instituição?

ANEXO 2**ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ANALISAR O AMBIENTE E
FUNCIONAMENTO DOS ASILOS**

Roteiro de Entrevista para analisar o ambiente e funcionamento dos asilos

Nome da Instituição:

Data da Entrevista:

1. A instituição possui espaço físico para atividade física	() adequado; não adequado ()
2. A higiene do espaço físico	() adequado; não adequado ()
3. Dimensões do espaço físico	() adequado; não adequado ()
4. Número de pessoas no quarto	() adequado; não adequado ()
5. Ventilação, janelas, sol	() adequado; não adequado ()
6. Piso, escada, corrimão, auxílio no banheiro	() adequado; não adequado ()
7. Horários das atividades	() adequado; não adequado ()
8. Nº de pessoas que trabalham na instituição, função, formação	() adequado; não adequado ()
10. Atividades exercitativas (específico, dia, hora, local, tipo)	() adequado; não adequado ()
11. Visitas (recebem, saem da instituição)	() adequado; não adequado ()
12. A instituição possui área verde	() adequado; não adequado ()
13. Alvará	() adequado; não adequado ()

Observações:

ANEXO 3

**ROTEIRO DE ENTREVISTA DE ACORDO COM O DOCUMENTO
ENTITULADO CARACTERIZAÇÃO E PADRÕES MÍNIMOS DE
FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO AO IDOSO.**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA DE ACORDO COM O DOCUMENTO
ENTITULADO CARACTERIZAÇÃO E PADRÕES MÍNIMOS DE
FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO AO IDOSO.**

Nome da Instituição:

Data da Entrevista:

1-Estatutos e regulamentos	() adequado; não adequado ()
2-Direção técnica	() adequado; não adequado ()
3-Alvará	() adequado; não adequado ()
4-Registro de admissão	() adequado; não adequado ()
5-Prontuários	() adequado; não adequado ()
6-Termo de Compromisso ou Contrato de Prestação de Serviços	() adequado; não adequado ()
7-Área física	() adequado; não adequado ()
8-Acessos	() adequado; não adequado ()
9-Portas e esquadrias	() adequado; não adequado ()
10-Circulação Interna	() adequado; não adequado ()
11-Escadas	() adequado; não adequado ()
12-Aspecto Ambiental	() adequado; não adequado ()
13-Instalações Sanitárias	() adequado; não adequado ()
14-Lavanderia	() adequado; não adequado ()
15-Área de lazer	() adequado; não adequado ()
16-Disposição do Lixo	() adequado; não adequado ()
17-Serviço de Alimentação	() adequado; não adequado ()
18-Recursos profissionais	() adequado; não adequado ()

ANEXO 4**INVENTÁRIO ADAPTADO SOBRE QUALIDADE DE VIDA**

INVENTÁRIO ADAPTADO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Avalie sua qualidade de vida, respondendo (sinceramente), SIM ou NÃO conforme sua realidade, para descobrir se você tem “sucesso” em cada quadrante que compõe a **Qualidade de Vida: o social, o afetivo, e o que se refere à saúde.**

	Quadrante Social	Sim	Não
1	Tenho amigos com os quais socializo no asilo.		
2	A maior parte de meus amigos dependem de mim para algo importante.		
3	Gosto de conversar sobre diversos assuntos.		
4	Há horas em que gosto de visitar e receber visitas.		
5	Gosto de conversar com meus colegas de quarto.		
6	Sinto-me desconfortável em festas fora do asilo.		
7	Colaboro com alguma atividade dentro do asilo.		
8	Às vezes me esquivo de atender telefonemas de amigos.		
9	Prefiro conversar, à assistir televisão.		
10	Gosto de passear sem pressa ou horários.		

Total Quadrante =

	Quadrante Afetivo	Sim	Não
1	Tenho um relacionamento afetivo estável—esposa(o)/namorada (o)		
2	Sou admirado por minhas qualidades.		
3	Sou comunicativo e alegre com meus filhos (ou pais).		
4	Minha família está razoavelmente satisfeita com o número de horas que dedico a ela semanalmente.		
5	Recebo afeto.		
6	Dou afeto.		
7	Admiro e gosto de mim mesmo.		
8	Gosto de observar a natureza e o faço sempre.		
9	Às vezes fico lembrando pequenos bons episódios da minha vida.		
10	Comemoro com prazer as datas importantes para mim.		

Total Quadrante =


	Quadrante Salutar	Sim	Não
1	Raramente tenho cefaléias.		
2	Minha pressão arterial está normal.		
3	Não tenho problemas dermatológicos.		
4	Freqüentemente tenho azias.		
5	Faço <i>check-up</i> regularmente.		
6	Vou ao dentista todo ano.		
7	Faço exercícios físicos, pelo menos, três vezes por semana.		
8	Minha alimentação é saudável.		
9	Utilizo técnicas de relaxamento quando estou tenso.		
10	Consigo me desligar dos problemas para descansar.		
11	Tomo calmantes regularmente.		
12	Tenho estabilidade emocional.		
13	Sofro de ansiedade ou angústia.		
14	Meu peso está dentro da média.		
15	Durmo bem.		

Total do Quadrante =

RESULTADOS


1. Quadrante Social:

- Some 3 pontos por respostas positivas aos itens 1,3,5,7 e 10.
- Subtraia 1 ponto por respostas aos itens 2,4,6,8 e 9.

 Se o resultado for superior a 9 pontos, suas respostas indicam sucesso neste quadrante.


2. Quadrante Afetivo:

- Some 1 ponto por respostas positivas.

 Resultados acima de 8 indicam sucesso na área afetiva.

3. Quadrante de Saúde:

- Subtraia 1 ponto por respostas positivas dadas nos itens 11,4 e 13.
- Some 1 ponto para cada resposta positiva dada aos outros itens.

 Resultados superiores a 11 pontos indicam sucesso.

Referência Bibliográfica:

Lipp, M. R.; Rocha, J. C. (1996). Stress, hipertensão e qualidade de vida – um guia prático para o hipertenso. Campinas SP: Papyrus.

ANEXO 5**CARACTERIZAÇÃO E PADRÕES MÍNIMOS DE FUNCIONAMENTO DAS
INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO AO IDOSO
Fórum Permanente da Região Sul – Política Nacional do idoso**

CARACTERIZAÇÃO E PADRÕES MÍNIMOS DE FUNCIONAMENTO DAS INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO AO IDOSO

Fórum Permanente da Região Sul – Política Nacional do idoso

INTRODUÇÃO

Atender o idoso, em regime de internato e semi-internato, na complexidade de suas necessidades e carências, é tarefa que apresenta cada vez menor qualidade. É comum encontrarmos nas instituições problemas com a falta de higiene (do idoso, do ambiente, do vestuário, da alimentação, etc.); uso indiscriminado de medicamentos; superlotação; alimentação inadequada ou mal preparada; proprietários e/ou dirigentes pouco conscientes de suas responsabilidades e de conhecimento das especificidades do processo de envelhecimento; falta de técnicos e de pessoal de apoio ou de capacitação dos mesmos e outros.

É preciso não perder de vista, que estas instituições, além de apresentarem denominações diversas, também atendem idosos com diferentes graus de dependência, e oferecem, via de regra, somente serviço de hotelaria e muitas delas são improvisações, oriundas das próprias demandas e necessidades das comunidades.

Face a esta realidade, torna-se mister empreender esforços com vistas a mudança dessa situação, que forçosamente passa em primeiro lugar pela caracterização dos diferentes tipos de instituições e neste sentido, é imprescindível ter presente a concepção de se instituir uma rede de serviços ao idoso, que responda as suas necessidades e deficiências. E, em segundo lugar, estabelecer padrões mínimos de funcionamento que concretamente subsidiem a necessária atuação dos órgãos competentes pela fiscalização.

No que diz respeito a legislação, observa-se que as sanitárias, hospitalares, de serviços de saúde e outras, contemplam algumas áreas, embora não específicas para instituições geriátricas. Já a Portaria 810/89 do Ministério da saúde, estabelece as normas de funcionamento para instituições destinadas ao idoso, sem que haja uma diferenciação entre elas, com ou sem fins lucrativos, o que torna bastante difícil sua aplicação.

Essa dificuldade, inevitavelmente vai se refletir nos órgãos fiscalizadores, que além disso, constam com quadros reduzidos e demandas super-dimensionadas. Acaba por prevalecer a exigência mínima, com relação a higiene geral e alimentação mais adequada.

Com relação ao funcionamento dessas instituições, o conhecimento é parcial. No entanto, a clientela abrigada, sabidamente apresenta limitações na capacidade funcional, que caracterizam os diferentes graus de dependência as quais o idoso fica sujeito.

Esses graus de deficiência deverão ser levados em consideração no momento da triagem/admissão do idoso, pois servirão como base para a caracterização dos diferentes tipos de instituições propostas neste documento.

Além dessa definição, o presente documento estabelece os critérios básicos da planta física e a necessidade mínima de recursos humanos e suas respectivas cargas horárias, para atender cada tipo de instituição, tomando-se por base o número de até 100 idosos atendidos.

GRAUS DE DEPENDÊNCIA

No que diz respeito ao grau de dependência do idoso, consideramos:

1. **Autônomos e Independentes** – estariam assim consideradas as pessoas com capacidade de escolher suas regras de conduta, orientar seus próprios atos e realizar as principais atividades da vida diária sem ajuda (domínio físico, mental, social e econômico) e de adaptar-se ao seu ambiente.

2. **Dependentes** – ao contrário dos independentes, são aqueles idosos que dependem de outras pessoas ou até mesmo de serviços especializados para atender a maioria das suas necessidades básicas, tanto físicas como mentais.

3. **Semi-dependentes** – são os idosos que apresentam limitações para realizar atividades da vida diária ou suprir suas necessidades psicológicas e/ou sociais e/ou econômicas.

CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES

As instituições que tem atividade com a população idosa e lhes prestam diferentes serviços, encontram-se designadas das mais diversas formas, e mesmo, por vezes, há denominações que não condizem como tipo e serviço prestado, seja no que diz respeito a área física, seja no tipo de cuidados dispensados.

A perda da capacidade funcional é uma das principais causas de boa parte dos problemas médicos, psicológicos, sociais e econômicos do idoso.

Nessa dimensão, o trato com a terceira Idade demanda uma atitude multidisciplinar por parte dos profissionais das áreas médica, enfermagem, serviço social, psicológica, fisioterapia, nutrição e outros.

Cada um desses profissionais desempenham sua função com escassos conhecimentos dos demais, o que requer a integração, levando em conta as contribuições de cada membro da equipe.

Essa integração é alcançada mediante a realização de reuniões sistemáticas de equipe, o que permitirá uma situação coordenada e interdisciplinar, de maneira que a avaliação e a decisão dos serviços prestados se faça com base num nível de conhecimento homogêneo e de respeito mútuo.

O dimensionamento da equipe multiprofissional necessária à assistência ao idoso institucionalizado deverá se basear:

1. nas necessidades da população atendida;
2. na disponibilidade de recursos humanos regionais ou locais;
3. nos critérios dos respectivos Conselhos Regionais de profissionais.

ASILOS

1. Conceituação

A classificação ora adotada engloba diferentes denominações identificadas, tendo em vista as características contidas na conceituação a seguir:

• **instituições de assistência pública ou privada ao idoso, de caráter social, sem fins lucrativos, que abriga em regime de internato, por tempo indeterminado, pessoas com semi-dependência em diferentes áreas, sem vínculo familiar ou sem que esta tenha de prover a sua subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.**

É importante atentar nessa classificação, para o artigo 4º - parágrafo único da Lei federal 8842/94:

“é vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica de enfermagem em instituições asilares de caráter social”.

Tomando por base a conceituação acima, os recursos profissionais mínimos e suas respectivas cargas horárias são assim definidos:

- **Assistência Médica – 10 horas/semana**
- **Assistência de Enfermagem – 24 horas/dia**
- **Assistência Psicossocial – 10 Horas/semana**
- **Assistência Nutricional – 05 horas/semana**
- **Assistência de Reabilitação – 10 horas/semana.**

2. Atribuições e Exigências Mínimas Profissionais:

2.1. ASSISTÊNCIA MÉDICA:

O médico deve tomar iniciativas e dispor do uso adequado dos recursos para menor utilização dos distintos serviços para o idoso.

Cabe ao médico desempenhar as funções de:

- a) Avaliação pré-admissional das condições físicas do idoso;
- b) Avaliações periódicas, solicitando exames complementares e prescrição terapêutica;
- c) Orientação e supervisão da realização de condutas terapêuticas do pessoal de apoio;
- d) Encaminhamento para internações hospitalares, quando necessário;
- e) Atestar os óbitos ocorridos na instituição.

2.2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Será obrigatória a prestação permanente dos serviços de enfermagem, devendo ter um número mínimo de profissionais (técnicos e auxiliares de enfermagem) para cobrir 24 horas do dia, durante os sete dias da semana e sob a supervisão de uma enfermeira.

Cabe aos profissionais dessa área, desempenhar as funções básicas de :

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas do cliente idoso;

- b) executar ações dos tratamentos prescritos;
- c) atender as solicitações de chamada: dos idosos, prestando cuidados de higienização, alimentação, movimentação, auxílio de ambulação e conforto do paciente;
- d) comunicar anormalidades à chefia;
- e) prestar cuidados necessários após a morte do paciente;
- f) manter ordem e limpeza no ambiente de trabalho, bem como processar artigos e superfícies;
- g) promover ações educativas visando a prevenção e promoção da saúde do idoso.

2.3. ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL

Deverá ter na instituição, profissionais que atendam os aspectos psicossociais, econômicos e culturais dos idosos internados, desde a triagem/admissão até o decorrer da sua convivência asilar.

Este serviço será prestado por profissional do Serviço Social, facultando-se à instituição, uma divisão do tempo mínimo de trabalho entre este e o Psicólogo.

Cabe ao Assistente Social desempenhar as funções de:

- a) realizar entrevistas de triagem/admissão, com os idosos, seus familiares e /ou responsáveis;
- b) trabalhar com o idoso a sua convivência grupal;
- c) promover atividades que propiciem a integração da família do idoso à instituição;
- d) trabalhar com os dirigentes da instituição, a importância da participação do idoso com e na comunidade;
- e) manter informação dos idosos em prontuários individuais, acessíveis aos demais profissionais da equipe;
- f) organizar e manter registros de equipamentos/instituições sociais públicas e privadas que prestam serviços de apoio, seguridade e assistência médico-social;
- g) fornecer aos outros elementos da equipe, uma síntese do estudo social, com uma visão integrada e contínua do cliente, abordando também os aspectos relativos a atitudes e reações frente a sua situação à instituição;
- h) coordenar a prestação de serviços, mediante orientação e educação às pessoas que atendem ao idoso.

Cabe ao psicólogo desempenhar as funções de:

- a) usar de técnicas e instrumentos que possibilitem uma avaliação psicológica, a nível de personalidade, interesse, aptidões, nível intelectual e indicação de tratamentos individuais ou grupais, que proporcionem o desenvolvimento emocional do idoso, sua autoconfiança e integração;
- b) coadjuvar o Assistente Social nas atividades relacionadas aos aspectos individual, grupal, comunitário e institucional.

2.4. ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL:

O serviço de Nutrição deverá contar com um nutricionista para atuar em todas as áreas, nas quais a alimentação e nutrição constituem fatores de promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Cabe ao nutricionista desempenhar as funções de:

- a) planejar, orientar e elaborar a execução de dietas normais e dietas terapêuticas;
- b) supervisionar e avaliar o Serviço de Alimentação da entidade, zelando pela segurança higiênico-sanitária;
- c) avaliar periodicamente os internos, no tocante às suas necessidades nutricionais específicas.

2.5. ASSISTÊNCIA DE REABILITAÇÃO

A reabilitação deve buscar o melhoramento máximo do idoso no físico, mental, social, ocupacional e econômico.

A assistência de reabilitação será prestada por profissionais da Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Cabe ao Fisioterapeuta desempenhar funções de:

- a) realizar com o idoso avaliação físico-funcional, para reunir o máximo de dados, subjetivos e objetivos, relacionados com suas deficiências e incapacidades e assim determinar o melhor programa de atendimento;
- b) planejar, executar e orientar programas de prevenção, manutenção e reabilitação, motivando o idoso a melhorar, manter e retornar a uma vida ativa e adequada ao seu meio;
- c) elaborar relatórios mensais de controle do estado do idoso.

Cabe ao terapeuta Ocupacional desempenhar as funções de :

- a) propiciar treinamento para atividades da vida diária e da vida-prática, dentro e fora da instituição, facilitando a independência e auxílio mútuo;
- b) executar o atendimento individual e/ou grupal, usando como instrumento terapêutico atividades funcionais, ocupacionais, psico-educacionais, psicomotoras, expressivas e recreativas, as quais irão facilitar a adaptação do idoso à internação;
- c) propor alterações ambientais para prevenir acidentes e suas conseqüências, além de facilitar o ajustamento de pessoas acometidas por determinadas patologias;
- d) promover atividades de lazer, visando a ocupação do tempo livre, como forma de prevenir doenças.

CENTRO DIA

1. Conceituação

- Serviço de atendimento diário, público ou privado, com ou sem fins lucrativos, às pessoas idosas que possuem limitações para o desenvolvimento de suas atividades da vida cotidiana, que convivem com sua família, mas no entanto não tem quem as cuide no domicílio. Destina-se a atender pessoas idosas portadoras de incapacidades bio-psicossociais ou que estão em processo de recuperação.

CLÍNICA GERIÁTRICA

1. Conceituação

• **Instituição de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos, destinada a prestar assistência de saúde especializada, em regime de internato, por tempo indeterminado, a pessoa idosa doente ou dependente.**

Tomando-se por base a conceituação acima, os recursos profissionais mínimos e suas respectivas cargas horárias são assim definidos:

- **Assistência Médica – 40 horas/semana e mais sobreaviso diário**
- **Assistência de Enfermagem – 24 horas/dia**
- **Assistência Psicossocial – 20 horas/semana**
- **Assistência Nutricional – 20 horas/semana**
- **Assistência de Reabilitação – 20 horas/semana.**

2. Atribuições e Exigências Mínimas Profissionais:

2.1. ASSISTÊNCIA MÉDICA

Cabe ao médico desempenhar as funções de:

- a) avaliações pré-admissional das condições físicas do idoso;
- b) avaliações periódicas, solicitando exames complementares e prescrição terapêutica;
- c) orientação e supervisão da realização de condutas terapêuticas do pessoal de apoio;
- d) encaminhamento para internações hospitalares, quando necessário;
- e) atestar os óbitos ocorridos na instituição.

2.2. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Será obrigatória a prestação permanente dos serviços de enfermagem, devendo ter um número mínimo de profissionais (técnicos e auxiliares de enfermagem) para cobrir 24 horas do dia, durante os sete dias da semana e sob a supervisão de uma Enfermeira.

Cabe aos profissionais dessa área, desempenhar as funções básicas de:

- a) prestar assistência completa de enfermagem;
- b) registrar dados em prontuário;
- c) repassar informações rápidas e precisas, sempre que houver necessidade de intervenção de outros profissionais;
- d) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas do cliente idosos;
- e) executar ações dos tratamentos prescritos;
- f) atender as solicitações de chamada: dos idosos, prestando cuidados de higienização, alimentação, movimentação, auxílio de ambulação e conforto do paciente;
- g) comunicar anormalidades à chefia;
- h) prestar cuidados necessários após a morte do paciente;

i) manter ordem e limpeza no ambiente de trabalho, bem como processar artigos e superfícies.

2.3. ASSISTÊNCIA PSICOSSOCIAL

Faculta-se à instituição uma divisão do período mínimo de trabalho entre o Assistente Social e o Psicólogo.

Cabe ao Assistente Social desempenhar as funções de:

- a) realizar entrevistas de triagem/admissão com os idosos, seus familiares e/ou responsáveis;
- b) trabalhar com o idoso a sua convivência grupal;
- c) manter informação dos idosos em prontuários individuais, acessíveis aos demais profissionais da equipe;
- d) fornecer aos outros elementos da equipe, uma síntese do estudo social, com uma visão integrada e contínua do cliente, abordando também os aspectos relativos a atitudes e reações frente a sua situação e à instituição;
- e) coordenar a prestação de serviço, mediante orientação e educação às pessoas que atendem ao idoso;
- f) estudar possibilidades de desligamento do idoso e retorno à família.

2.4. ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL

Cabe ao Nutricionista desempenhar as funções de:

- a) planejar, orientar e elaborar a execução de dietas normais e dietas terapêuticas;
- b) supervisionar e avaliar o serviço de alimentação da entidade, zelando pela segurança higiênico-sanitária;
- c) avaliar periodicamente os internos, no tocante às suas necessidades nutricionais específicas.

2.5. ASSISTÊNCIA DE REABILITAÇÃO

Cabe ao Fisioterapeuta desempenhar funções de:

- a) realizar como idoso avaliação físico-funcional, para reunir o máximo de dados, subjetivos e objetivos, relacionados com suas deficiências e incapacidades e assim determinar o melhor programa de atendimento;
- b) planejar, executar e orientar programas de prevenção, manutenção e reabilitação, motivando o idoso a melhorar, manter e retornar a uma vida ativa e adequada ao seu meio;
- c) elaborar relatórios mensais de controle, do estado do idoso.

Cabe ao Terapeuta Ocupacional desempenhar as funções de:

- a) propiciar treinamento para atividades da vida diária e da vida-prática, dentro e fora da instituição, facilitando a independência e auxílio mútuo;

b) executar o atendimento individual e/ou grupal, usando como instrumento terapêutico atividades funcionais, ocupacionais, psico-educacionais, psicomotoras, expressivas e recreativas, as quais irão facilitar a adaptação do idoso à internação;

c) propor alterações ambientais para prevenir acidentes e suas conseqüência, além de facilitar o ajustamento de pessoas acometidas por determinadas patologias.

CASA-LAR

1. Conceituação

- **Residência em ambiente participativo, cedida por instituição pública ou privada, destinada a atender idosos com renda insuficiente para sua manutenção; para até sete (7) idosos.**

UNIDADE GERIÁTRICA EM HOSPITAL

1. Conceituação

- **Unidade de terapia especializada, instalada para atendimento exclusivo ao idoso doente, em Hospitais Gerais, que conte com equipe multidisciplinar profissional e equipamentos adequados a este fim.**

ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

1. Estatutos e Regulamentos

Toda instituição de atenção ao idoso deve ter um estatuto e regulamentos onde estejam explicitados os seus objetivos, a estrutura da sua organização e também, todo o conjunto de normas básicas que regem a instituição.

2. Direção Técnica

As instituições de caráter social para idosos, devem contar com um responsável técnico detentor de título de ensino superior de uma das profissões da área da saúde, que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária.

As instituições de saúde, necessitam obrigatoriamente de um responsável técnico médico. A designação de especialização em geriatria e gerontologia deve obedecer às normas da Associação Médica Brasileira.

3. Alvará

Antes de iniciada a construção, reforma ou instalação de qualquer estabelecimento destinado ao atendimento de idosos, deveser consultada a Autoridade Sanitária, quanto ao local e projeto.

A obra concluída deveser corresponder ao projeto aprovado. O "habite-se" será fornecido após vistoria feita pela Autoridade Sanitária.

Ao iniciar o funcionamento, o responsável pelo estabelecimento deveser requerer licença Sanitária que só será liberada mediante o cumprimento das normas dispostas neste documento.

Todas as instituições de atendimento a idosos precisam obrigatoriamente efetuar o registro no órgão sanitário competente, a nível estadual ou municipal ou no órgão correspondente no Distrito Federal.

4. Registro de Admissão

Todos os idosos ao serem admitidos na instituição, deverão ser registrados, em livro, Com Termo de Abertura, pelo órgão sanitário competente, dados de identificação, familiares, de saúde e outros que estejam relacionados ao seu bem-estar e segurança.

Além dos dados acima, devem ser anexadas ao registro, informação demonstrando a capacidade funcional e o estado de saúde do indivíduo, a fim de comprovar a adequação dos serviços às necessidades da pessoa a ser entendida.

Serão anotados neste registro, todos os fatos relevantes ocorridos no período de atendimento, relacionados à saúde, bem-estar social, direitos previdenciários, alta e/ou óbito.

5. Prontuário

As instituições precisam obrigatoriamente manter um prontuário de atendimento contendo descrição da evolução dos pacientes, ações propêdicas e terapêuticas.

6. Termo de Compromisso ou Contrato de Prestação de Serviços

Deverá ser firmado entre a instituição e o responsável pelo idoso, contendo descrição de:

- serviços prestados
- valores cobrados
- responsabilidade de ambas as partes
- medicamentos
- serviços complementares
- hospitalização, etc.

ÁREA FÍSICA

A área física destinada a atender idosos, deve ser planejada levando-se em conta que uma parcela significativa dos usuários apresenta ou pode vir a apresentar dificuldades de locomoção e maior vulnerabilidade a acidentes, o que justifica a criação de um ambiente adequado. Assim sendo, é exigível:

- as instituições deverão funcionar, preferencialmente, em construções horizontais de caráter pavilhonar. Quando dotadas de mais de um plano, terão que dispor de equipamento adequado como rampa ou elevador para circulação vertical.

- Os prédios deverão dispor de meios que possibilitem o rápido escoamento, em segurança, dos residentes, em caso de emergência, de acordo com as normas estabelecidas pelo Corpo de Bombeiros, quando inexistir essa Corporação na localidade, pela Coordenadoria de Defesa Civil.

1. Acessos

Os acessos ao prédio deverão possuir rampa, dotada de guarda-corpo e corrimão, piso revestido com material anti-derrapante, que permita o livre rolamento de cadeiras de rodas, inclusive.

Exige-se que haja no mínimo dois (2) acessos independentes.

2. Portas e Esquadrias

As portas externas e internas devem ter vão de luz de 0,80 cm, no mínimo, dobradiças externas e soleiras com bordas arredondadas. Portas de correr, terão os trilhos embutidos na soleira e no piso, para permitir a passagem de nível, especialmente para cadeiras de rodas.

As portas dos sanitários devem abrir para fora e devem ser instaladas de forma a deixar vãos livres de 0,20 cm na parte inferior.

As maçanetas das portas não deverão ser do tipo arredondado ou de qualquer outra forma que dificulte a abertura das mesmas.

3. Circulação Interna

Os corredores principais das instituições, deverão ter largura mínima de 1,50m. exige-se que todas as instituições equipem os corredores com corrimão de ambos os lados, instalados a 0,80cm do piso e distantes 0,05cm da parede.

4. Escadas

Devem ser em lances retos, com largura mínima de 1,20m, dotadas de corrimão em ambos os lados, não devendo existir vão livre entre o piso e o corrimão.

Os espelhos do primeiro e o último degraus devem ser pintados de amarelo e equipados com luz de vigília permanente. Exige-se que as escada tenham portas de contenção com molas e travas leves, que as mantenham em posição fechada.

5. Aspecto Ambiental

- os pisos sujeitos a lavagem constante, devem ser de material resistente à água e a solução germicida, isentos de ranhuras que dificultem a limpeza;

- piso de material, preferencialmente monocromático, anti-derrapante e de bom aspecto, fácil limpeza e conservação nas áreas de circulação, banheiros, refeitórios e cozinha.

- Passagens claras e diretas que permitam a circulação de cadeiras de rodas, alimentos, roupas, etc;

- As paredes e tetos deverão possuir revestimento de cores claras, alegres, permitindo a limpeza e desinfecção. Não é permitida a instalação de paredes de material inflamável com o objetivo de dividir ambientes;

- Condições ambientais adequadas quanto à ventilação e iluminação;

- A área de iluminação natural deverá ser igual ou superior a 1/5 da área do piso;

- A área de ventilação deverá ser, no mínimo, igual à área de iluminação;

- As janelas e portas dos ambientes devem apresentar condições adequadas à segurança dos idosos, tais como grades de proteção nas janelas, quando necessário, e portões de segurança nas escadas para evitar acidentes;

- Que as escadas já existentes sejam transformadas em rampas ou sejam construídas rampas externas com declividade máxima de 8,33% e cobertura com piso antiderrapante e proteção lateral. A largura não deve ser inferior a 2,00 m;
- A cada leito deverá corresponder a área de 6,5 m², não devendo ser alojados mais que três (3) leitos por quarto;
- Existência de espaço reservado para o isolamento destinado a idosos que venham a adoecer;
- Instalação obrigatória de luz de vigília nos pontos estratégicos da instituição.

6. Instalações Sanitárias

As instalações sanitárias devem constar de chuveiros, vaso sanitário e lavatório, em material impermeável e de fácil limpeza.

Devem ter espaço físico suficiente, permitindo a entrada e saída de cadeira de rodas e outros meios de locomoção.

Instalações de corrimão nas paredes dos banheiros para facilitar a independência das pessoas que necessitam de apoio na utilização do vaso sanitário, chuveiro na própria locomoção.

Instalação de banco no box, para facilitar a higiene dos pés.

Existência de um sanitário próximo aos quartos.

Cumprimento obrigatório de um banheiro completo para cada seis (6) idosos.

7. Lavanderia

Deverão estar de acordo com o disposto na Portaria 1884/94 do Ministério da Saúde.

8. Área de Lazer

Deverá haver uma área interna destinada ao lazer dos idosos e área externa que possibilite inclusive, cultivo de hortaliças, flores e folhagens, ervas medicinais, etc.

DISPOSIÇÃO DO LIXO

a) Deverá haver separação entre lixo contaminado e não contaminado. Por lixo contaminado, compreende-se curativos, seringas e agulhas, caixas ou recipientes usados de medicamentos e restos de alimentos.

Por lixo não contaminado, compreende-se resíduos de limpeza de pisos e de trabalhos administrativos.

b) O lixo contaminado deverá ser embalado em saco plástico diferenciado através de cor e sinalização, de forma a distingui-lo do lixo não contaminado. O lixo contaminado poderá ser embalado em sacos plásticos comuns.

c) O lixo contaminado deverá ser transportado por carrinho destinado a este fim ou por outra forma equivalente, de modo que não seja arrastado no trajeto.

- d) O transporte do lixo contaminado não deverá passar por áreas de cozinha e armazenagem de alimentos.
- e) Os objetos cortantes e perfurantes deverão ser previamente embalados de forma a não perfurar os sacos plásticos.
- f) O lixo contaminado dos quartos deverão ser depositados em sacos plásticos dentro da lixeira, com tampa e pedal.
- g) Os sacos plásticos deverão ser enchidos no máximo até a metade, de modo a permitir seu perfeito fechamento.
- h) O lixo contaminado e não contaminado, deverão ser guardados em latões com tampa, em local seco, protegido e que facilite o acesso a coleta pública.

SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO

O fluxo de uma cozinha deve apresentar a seguinte seqüência:

- a) Recepção e Controle - local ou área onde os alimentos e matérias primas são recebidos e controlados.
- b) Despensa - local onde os alimentos são guardados e estocados.
- c) Preparo e Cocção - onde os alimentos são preparados e transformados. É a cozinha propriamente dita.
- d) Distribuição - local onde os alimentos são divididos e distribuídos, seja em pratos ou bandejas individuais.
- e) Lavagem - local onde são recebidos as louças e utensílios usados que deverão ser separados da área de recepção de louças limpas.

Para fins de controle do serviço de alimentação, os locais ou áreas acima citados, deverão cumprir os requisitos discriminados a seguir:

1. Condições Sanitárias dos Manipuladores:

O cardápio de rotina e dieta especial para os idosos, devem ter orientação nutricional especializada.

Os manipuladores devem ter asseio pessoal quando estiverem em atividade, devem manter as mãos limpas, unhas curtas, sem esmalte, sem adornos nos dedos e punhos.

Devem utilizar uniforme de trabalho completo (avental, gorro, botas, se necessário, de tonalidades claras, em bom estado e limpos).

Devem rotineiramente, adotar hábitos higiênicos para evitar a contaminação dos alimentos, como lavagem cuidadosa das mãos ao chegar ao serviço, depois de manusear

qualquer objeto sujo ou contaminado, antes de manipular os alimentos e depois de defecar ou urinar, não espirrar, tossir ou conservar sobre os alimentos, também não fumar.

O responsável pela limpeza dos sanitários, não deve manipular alimentos; se isto se fizer necessário deverá tomar uma ducha e trocar de roupas.

Manipuladores com afecções cutâneas, feridas, supurações, tosse, febre, transtornos gastro-intestinais e outros comprometimentos no estado de saúde, não devem manipular alimentos enquanto perdurarem esse sinais e sintomas. Devem portar Carteira de Saúde fornecida pelo Órgão competente, atualizada anualmente.

2. Condições Sanitárias dos Alimentos e Matérias-Primas:

- a) Os alimentos que chegam, devem ser avaliados quanto a sua fonte, marca, aparência, qualidade, embalagens, datas de fabricação e validade.
- b) Devem ter suas características organológicas normais, como cor, odor, sabor, textura, quando comprados e recebidos e antes de seu preparo e distribuição.
- c) Devem ser adquiridos em estabelecimentos autorizados (com Licença sanitária atualizada, o que indica que são inspecionados) e, preferencialmente devem ser registrados no órgão competente, isto é, os produtos de origem animal e bebidas, com o registro no Ministério da Agricultura; os produtos de origem vegetal e mistos, no Ministério da Saúde;
- d) Devem ser protegidos contra contaminação do pó, saliva, insetos, roedores e animais domésticos.
- e) Alimentos não perecíveis devem ser guardados em prateleiras ou sobre estrados afastados da parede, permitindo a aeração, a limpeza e desinfecção do piso.
- f) Substâncias tóxicas como desinfetantes, detergentes, raticidas e outros não devem ser armazenados no mesmo local dos alimentos e não transportados no mesmo veículo utilizados para alimentos.
- g) Alimentos perecíveis, isto é, aqueles que necessitam de temperaturas especiais para a sua conservação, devem ser mantidos em temperaturas de congelando, refrigeração ou acima de 90° C, de acordo com o tipo de produto, ficando um mínimo de tempo possível à temperatura ambiente.
- h) Quando os alimentos perecíveis forem estocados em câmara fria, deverão ser colocados em estantes com rodízios, removíveis, para facilitar a limpeza e desinfecção.
- i) A manipulação dos alimentos deve ser mínima (somente o necessário) e feita de forma higiênica.

j) Os alimentos devem ser preparados na quantidade suficiente para o consumo imediato.

k) Os restos alimentares devem ser eliminados imediatamente, após as refeições e a localização do depósito de restos alimentares deve se local independente e de fácil acesso ao exterior.

l) As sobras alimentares que venham a ser reaproveitadas, devem ser mantidas sob refrigeração e serem reaquecidas por tempo e temperatura suficiente e adequada para cada tipo de alimento.

m) Nas prateleiras, os alimentos mais antigos devem ser usados antes dos adquiridos recentemente, de modo a se fazer uma rotatividade dos produtos armazenados.

n) Carnes, laticínios e outros perecíveis, não devem entrar em contato direto com alimentos que vão ser servidos crus ou já prontos para o consumo, para evitar contaminação cruzada.

o) Manter outros alimentos sem qualquer contato com a água resultante do congelamento de um produto.

p) Para reconstituição de alimentos secos, deve ser evitada a contaminação destes através da água, das mãos dos funcionários ou recipientes e vasilhames contaminados.

q) Se os alimentos reidratados não forem servidos imediatamente, deverão ser rapidamente resfriados e mantidos sob refrigeração.

r) Os alimentos cozidos não devem ser deixados a temperatura ambiente durante várias horas antes de serem refrigerados.

s) Refrigerar os alimentos logo após o seu uso ou quando sua temperatura cair abaixo de 55°C.

t) Os alimentos devem ser resfriados rapidamente em banhos de água ou gelo e após, refrigerados.

u) Dentro do refrigerador, os alimentos devem ser mantidos em recipientes fechados.

3. Condições Sanitárias dos Equipamentos e Utensílios:

a) Os móveis, maquinários, utensílios e instalações para a proteção dos alimentos devem ser diariamente submetidos a rigorosa limpeza e desinfecção e devem estar em bom estado de conservação para armazenar todos os produtos.

b) Os móveis como mesa, estantes, armários, prateleiras, devem ser de material não contaminante, liso, lavável e impermeável.

c) As máquinas e instalações para proteção e conservação de alimentos como moedores, batedeiras, refrigeradores, congeladores, câmaras frigoríficas, freezers e outros, devem estar em perfeito estado de funcionamento.

d) Os freezers devem ser degelados mensalmente.

e) Devem ser lavados e desinfetados imediatamente após o uso: amassadeiras, balanças (pratos), bandejas, carrinhos diversos, descascadoras, dessossadeiras, facas, fogões, ganchos de carne, liquidificadores, louças, máquinas de cortar, mesas diversas, misturadeiras, moedores, panelas de todos os tipos, pias, serras e talheres.

f) Devem ser lavados e desinfetados diariamente: câmara frigorífica (pisos, paredes e prateleiras), estufas, estrados de madeira, fornos, geladeiras, máquinas de fazer gelo.

g) Utensílios e equipamentos de pequeno porte depois de lavados com detergente adequado, podem ser desinfetados por imersão em água fervente durante dez minutos.

h) Equipamentos de grande porte devem ser lavados com solução detergente e desinfetados com solução de hipoclorito de sódio a uma concentração de 1 a 5%, ou seja, 10 a 15ml de hipoclorito de sódio por litro de água.

4. Condições Sanitárias do Local:

a) As áreas de manipulação de alimentos, cozinhas, depósitos de matérias-primas, despensas e outras, devem estar em bom estado de conservação e limpeza.

b) As imediações devem ser isentas de focos de insalubridade (lixo, esgoto aberto, etc).

c) Os pisos devem ser de material liso, resistente, impermeável e lavável, com ralos.

d) As paredes de revestimentos de cor clara, com impermeabilidade até 2m de altura no mínimo, de material liso, resistente e lavável.

e) Forros e pisos de cor clara.

f) Portas de cozinha e banheiro providas de molas para o seu fechamento automático.

g) Janelas com vidros e quando necessário, teladas.

h) Iluminação natural e artificial adequada para permitir uma boa visibilidade, sem zonas de sombras ou contraste excessivos e fontes luminosas limpas.

i) O local deve ser ventilado naturalmente, não devendo acumular fungos, bolores, gases, fumaças e condensação de vapores, sendo a eliminação dos mesmos feita sem causar danos à vizinhança.

j) Deve haver água potável ligada à rede pública ou poço profundo, suficiente em volume e pressão.

k) Todos os estabelecimentos devem ter reservatório de água (caixa d'água) com capacidade mínima correspondente ao consumo diário. Quando as caixas d'água forem subterrâneas, deverão ser protegidas contra infiltração de qualquer natureza e dispor de tampa de inspeção com fácil acesso à limpeza.

l) A limpeza e desinfecção de caixas d'água deverão acontecer a cada seis (6) meses.

m) Nas cozinhas, as pias devem dispor de água corrente fria e quente.

n) As instalações sanitárias não devem ter comunicação direta com as salas de processamento, elaboração e armazenamento de alimentos.

o) As instalações sanitárias para os manipuladores devem ser ventiladas, ligadas à rede pública de esgotos ou à fossa aprovada, portas com fechamento automático, chuveiros, vasos sanitários em número adequado ao número de usuários, papel higiênico, sabão líquido, escova para unhas individual e toalhas de papel para as mãos ou toalha de pano de uso individual.

p) Os empregados devem ter um local próprio para guardar roupas e objetos de uso pessoal, podendo ser em armários individuais.

q) O lixo deve ser acondicionado em embalagens plásticas e recipientes laváveis com tampa, de fácil transporte, em número suficiente e acondicionado adequadamente para coleta pública, aterramento ou queima.

r) Nas áreas de estocagem devem ser prevenidas situações que possam contaminar ou colocar em risco alimentos por gotejamento, água de esgoto, umidade excessiva, insetos e roedores.

ANEXO 6

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

A instituição _____, aceita por livre e espontânea vontade, participar do projeto de Dissertação de Mestrado da Professora Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães.

Acrescento que a instituição tem resguardada total liberdade para:

- 1) submeter os idosos ou não às técnicas de pesquisa empregadas;
- 2) expressar-se, interrogar, questionar ou interromper os trabalhos que são realizados;
- 3) garantia do anonimato e sigilo absoluto das informações dos idosos, resguardando-se apenas de utilizar na pesquisa os dados, sem qualquer tipo de identificação.

Presidente da Instituição

Florianópolis, ____ de março de 2000.